Testul Szondi

Manual practic

Dr. Leopold Szondi

Cuprins

Cuprins....2
INTRODUCERE....4
Doctrina pulsională a „analizei destinului”....4
Criteriile pulsionale ale analizei destinului....6
Sistemul pulsional al analizei destinului....7
Transformarea manifestărilor pulsionale. 9
CAPITOLUL I – Principii metodologice....9
Materialul testului....9
Proba de bază....10
Proba de asociaţie verbală (factorială)....10
Determinarea caracterului specific evocator al pozelor din punct de vedere al probei de asociaţie factorială....11
Exemple caracteristice ale probei de asociaţie factorială....12
CAPITOLUL II – Discriminarea şi interpretarea reacţiilor de alegere....14
Interpretarea cantitativă....14
Interpretarea calitativă (direcţia reacţiilor de alegere după tendinţă)....16
CAPITOLUL III – Interpretarea factorială şi vectorială a reacţiilor de alegere....17
Analiza reacţiilor vectoriale....19
CAPITOLUL IV – Formule pulsionale....26
CAPITOLUL V – Clasele pulsionale....27
CAPITOLUL VI – Scurtă descriere a claselor pulsionale....30
A. Clasele pulsionale inegale....30
B. Clasele pulsionale tri-egale....33
C. Clasele pulsionale cvadri-egale....33
Coeficientul tensiunii tendinţelor....34
CAPITOLUL VII – Psihodiagnostic general....34
I. Sindroame patologice....34
II. Sindroame psihologice....45
III. Sindroame caracterologice....53
CAPITOLUL VIII – Psihodiagnostic special....57
Structura şi funcţiile Eu-lui....57
Psihologia Eu-lui....58
I. Analiza egodiastolei, a funcţiei „p” a Eu-lui....58
II. Analiza egosistolei. Eu-l care ia poziţie....61
Mecanismele Eu-lui în lumina experimentală....66
Descrierea profilelor Eu-lui....67
Epocile vieţii, clasele pulsionale şi formulele pulsionale....77
CAPITOLUL IX – Caracterizarea unui individ cu ajutorul metodei empirice a pulsiunilor („linne”)....78
Caracterizarea unui individ cu ajutorul metodei empirice „linne”....78
Clasificarea „linne” a pulsiunilor....79
Descrierea detaliată a claselor pulsionale cele mai importante în psihopatologie 81
Exemple de diagnostic pulsional....93
CAPITOLUL X – Sindroame psihopatice....95
Forme speciale de psihopatie....100

Perversiuni ca deformaţii calitative ale ideii de cuplu.....101
Homosexualitatea.....109
Psihopatiile de „contact”.....115
Psihologia toxicomanului şi a psihopatului nestatornic.....115
Testologia toxicomanilor.....123
Nestatornicia sexuală (Don Juan, nimfomania).....125
Sindroame nevrotice.....128
Testologia nevrozelor.....135
Nevroza obsesivă.....137
Testologia obsesivului.....143
Nevrozele paroxistice.....145
Isteria.....145
Sindromatica isteriei de conversie.....148
Fobia şi nevroza anxioasă.....150
Testologia fobiei.....151
Epilepsia.....153
Testologia la epileptici.....155
Recapitularea nevrozelor.....157
Metoda complementară.....159
Interpretarea profilului complementar al culisei.....162
Psihoza maniaco-depresivă.....164
Testologia melancoliei.....166
Testologia maniei.....167
Ipohondria.....171
Testologia ipohondriei.....172
ANEXA 1 – Definiţii terminologice.....173

INTRODUCERE

SISTEME PULSIONALE ŞI CRITERII PULSIONALE ALE PSIHOLOGIEI ABISALE

Un bun sistem pulsional trebuie să ne prezinte ansamblul vieții pulsionale, în totalitatea ei şi totodată să îi desemneze fiecărui factor impulsional un câmp de acțiune pulsional exact şi specific determinat.

Diversitatea punctelor de vedere asupra pulsiunii, cât şi un anumit spirit de epocă, a îngreuiat constituirea unei astfel de teorii unitare. Maniera în care un autor clasează pulsiunile în „animale" şi „umane" este revelatoare pentru ritul epocii: ea constituie un avatar inconştient şi discret asupra poziției autorului, în antinomiile clasice ca: materialism-idealism, colectivism-individualism, ateism-spiritualitate religioasă, etc.

Psihologia abisală dezvoltă un sistem pulsional, pornind de la teoria „inconştientului" a lui S. Freud. Se admite existența in inconştient a 3 colțuri, a căror dezvoltare cronologică este diferită:

- inconştientul individual;
- inconştientul familial şi
- inconştientul colectiv.

Psihanaliza dezvoltată de Freud a pus în evidență pulsiunile sexuale individuale refulate în prima copilărie în cursul luptei dintre Sine şi Eu. Astfel, sistemul pulsional a lui Freud se bazează pe dinamismul pulsiunilor sexuale şi pulsiunile Eu-lui.

„Analiza destinului" (aşa cum de numeşte concepția teoretică a dr. L. Szondi) se ocupă de colțurile ascunse ale inconştientului familial, mai profunde şi cronologic anterioare.

Această teorie constituie în acelaşi timp genealogia inconştientului, având misiunea de a căuta elementele primare conținute şi transmise prin inconştientul familial şi totodată de a scoate la lumină pulsiunile familiale refulate.

Este vorba aici, de a determina aspirațiile pulsionale care, după fixarea „amphymixis"-ului (amestecul elementelor ereditare după fecundare) au fost învinse în disputa genetică subjugate tendințelor familiale dominante.

De aceea, Analiza Destinului a abandonat sistemul pulsional dualist-conflictual al psihanalizei şi a elaborat un sistem pulsional genetic, familial, fondat pe date furnizate de patologia ereditară a maladiilor pulsionale.

Aceste maladii pulsionale comportă 8 trebuințe pulsionale şi anume:
sadism; -homosexualitate; -isterie; - epilepsie; - schizofrenie paranoidă; - schizofrenie catatonică; - stări depresive; - stări maniacale.

Încercarea de a construi un sistem pulsional bazat pe Inconştientul colectiv (bazat pe arhetipuri) a întâmpinat mari dificultăți.

Arheanaliza, care încearcă să releve rolul arhetipurilor a Inconştientului Colectiv, în viața individuală (în viziuni, în vise, în halucinații, în ficțiuni) nu a reuşit definirea diferitelor arhetipuri ca: „pulsiuni arhaice colective" aşa cum şi-a propus, ratând astfel fondarea unui sistem colectiv de pulsiuni arhaice, plecând de la arhetipuri.

Vom expune în continuare, principiile de bază ale „analizei Destinului" aşa cum a fost conceput de L. Szondi.

Doctrina pulsională a „analizei destinului"

Originea pulsiunilor: teoria genetică

Analiza Destinului situează punctul comun al tuturor pulsiunilor în originea lor genetică. Se admite ipoteza după care genele constituie sursa pulsiunilor. Natura comună a pulsiunilor este determinată de natura comună a acestor fragmente de materie care condiționează transmiterea diferitelor caractere şi reactivități. Astfel, alături de gene ce determină reacții somatice şi psihice, există gene ce condiționează structura pulsională a individului având ca o caracteristică a genelor tendința de a reproduce la o nouă generație, o stare anterioară fixată genetic. Dacă admitem ipoteza că aspirațiile pulsionale sunt de natură genetică, vom admite şi că natura comună a tuturor pulsiunilor se datorează tendinței de a reproduce stări anterioare, pe linie filogenetică. Pe această linie se întâlnesc teoria genetică a Analizei Destinului cu teoria pulsională a psihanalizei. Freud spunea: „O pulsiune este un puseu, înnăscut în organismul viu, ce tinde a restabili o stare anterioară". Dar Freud n-a dat cu această ocazie soluția problemei: pentru ce pulsiunile reproduc o stare anterioară, deja fixată în filogeneză?

Singura ipoteză care poate explica acest fapt este aceea a originii genetice a pulsiunilor.

Plecând de la aceste ipoteze se conchide:

- dacă fiecare pulsiune este de natură genetică, există aspirații pulsionale şi gene pulsionale.
- Dualismul psihanalitic dintre pulsiunea sexuală-pulsiunea Eu-lui, dintre pulsiunea vieții-pulsiunea morții, trebuie să fie completă şi remanistă. În locul acestui dualism, Analiza Destinului plasează dualismul perechilor pulsionale antagonice în care condiționarea biologică trebuie să fie căutată în perechile dispoziționale ereditare.

Teoria genetică a pulsiunilor conduce deci la următoarele consecințe:

1. Sursele pulsiunilor sunt genele pulsionale. În sistemul pulsional distingem:
2. aspirații sau tendințe pulsionale;
3. Trebuințe sau factori pulsionali;
4. Pulsiuni sau vectori pulsionali;
5. O aspirație pulsională este determinată de o singură genă a perechii dispoziționale; fie o genă maternă, fie una paternă. Aspirația este deci o singură componentă a unei trebuințe, fiind genetic cea mai mică unitate pulsională. Ea este legată indisolubil de partenera sa antagonică cu care formează o trebuință pulsională.
6. trebuință pulsională este deci compusă din unitatea a două gene omoloage: una maternă şi una paternă.
7. pulsiune este dată de intricarea a două trebuințe definite care au aceiaşi direcție fiziologică şi urmăresc acelaşi scop pulsional (sau deci, din 4 aspirații aflate in cuplu două câte două).
8. Din structura genetică a pulsiunilor tragem o concluzie conform căreia ar exista o polaritate între aspirații şi trebuințe. Aici este vorba de două sisteme de polaritate: polaritate factorială (aspirații) şi polaritate vectorială (trebuințe).
9. Doctrina pulsională a Analizei Destinului răspunde deci asupra dualismului antagonic al perechilor aspirații şi trebuințe. Conceptul de „perechi pulsionale antagonice" nu este altceva decât expresia psihologică a conceptului biogenetic de „perechi de gene pulsionale". Acest dualism subzistă şi există numai pentru aspirații şi trebuințe, el ne existând şi pentru pulsiuni. Ceea ce desemnăm prin termenul de „pulsiuni" este produsul dualismului, al aliajului şi al intricării a două trebuințe având acelaşi scop pulsional.
10. Conform acestei teorii, în viața pulsională a omului numai trebuințele au o bază genetică unificată şi indisolubilă.
11. Ceea ce numim pulsiuni, rezidă din aliaje din astfel de trebuințe specifice. Pulsiunile nu sunt deci fenomene cu structură simplă, de aici decurgând următoarele decisive:
12. Biogenetic este mai corect a vorbi de o psihologie a trebuințelor decât o psihologie a pulsiunilor.
13. Dacă nu s-a realizat o înțelegere asupra numărului şi calității pulsiunilor, acest fapt se datorează actului de denumire a pulsiunilor, care sunt de fapt amestecuri de trebuințe şi nu unități biologice.

14. pulsiune este întotdeauna o sinteză.
15. Dacă atribuim un sens aliajului trebuinţelor pentru o pasiune, vom constata că aceasta urmează legii genetice predeterminate şi foarte stricte, procesul de formare al acestui aliaj şi momentul în care se precizează sub această formă depinzând de o mulţime de factori externi şi interni, printre care şi factorii Eu-lui.

Criteriile pulsionale ale analizei destinului

Criteriile după care „Analiza Destinului" consideră că un act uman constituie o manifestare pulsională, răspund la cerinţele teoriei genetice a pulsiunilor.
Se va deduce de aici 5 criterii, care se află într-un raport strâns de intercondiţionare.
1. Pulsiunile sunt determinate (condiţionate) de gene specifice. Nu există teorie a pulsiunilor care să nege determinismul ereditar.

Regularitatea reapariţiilor, uniformitatea modului de manifestare şi mai mult, aspiraţiile activităţilor pulsionale de a reproduce stări anterioare, sunt indicii ale originii ereditare ale pulsiunilor.

De aceea, doctrina pulsională a Analizei destinului nu conţine această afirmaţie generală, aproape banală. Ea merge mai departe şi afirmă că există gene pulsionale specifice care constituie sursa particulară a aspiraţiilor pulsionale. Specificitatea fiecărei gene pulsionale condiţionează calitatea specială a diferitelor trebuinţe pulsionale. Diversitatea formelor de manifestare ale unei trebuinţe pulsionale se explică prin (formele de manifestare ale) noţiunea de „Alelă Multiplă"=variaţie dată de fluctuaţiile pozitive şi negative ale unei aceleiaşi gene pulsionale. Fiecare din aceste gene posedă în viaţa pulsională a omului domenii de manifestare specifice. Deci, diversitatea de manifestare ale unei gene pulsionale se raportează la diferenţele existente între variaţiile alelice ale unui substrat ereditar specific al pulsiunii respective.

Analiza Destinului consideră că diferitelor forme de manifestare ale unei aceleiaşi trebuinţe se raportează la combinaţiile individuale ale acestor variaţii alelice: variaţii de formă nativă, variaţii de formă socializată, de formă sublimată (înalt umanistă) şi variaţii de formă nevrotică.

Această concepţie în nici un fel rolul pe care-l pot avea factorii Eului, prin luări de poziţie a responsabilităţii personale, precum şi rolul liberului arbitru.
2. Polaritatea aspiraţiilor şi trebuinţelor personale.

Pulsiunea se compune din două perechi de aspiraţii antagonice, o parte a acestora fiind de natură non-umană, cealaltă fiind de natură umană. Adevăratele manifestări pulsionale dinamice au la bază acest antagonism biogenetic al aspiraţiilor, această polaritate de structură.
3. Tensiunea pulsională.

Această tensiune pulsională rezultă din polaritatea aspiraţiilor şi trebuinţelor, apărând ca un elan pulsional în care forţa depinde de puterea contrastului dintre genele care condiţionează acest ansamblu; aceasta este tensiunea care asigură dinamismul întregii activităţi pulsionale.
4. Criteriul psihopatologic şi cel fiziologic al pulsiunilor.

După acest criteriu, numai un proces psihic, decelabil la toţi indivizii fără excepţie, poate fi considerat ca pulsional (aceasta este componenta fiziologică). Acest proces poate atinge la un mic număr de indivizi, un nivel care trebuie în mod necesar să fie considerat ca o maladie pulsională (aceasta fiind componenta psihopatologică). Această componentă răspunde ipotezei conform căreia diferenţa dintre bolnavii mentali şi oamenii sănătoşi nu există doar la nivel calitativ, ci şi la nivel cantitativ. Genele care determină o maladie mentală sunt gene pulsionale întâlnite la toţi oamenii.

Numai cuantumul şi doza acestor gene pulsionale sunt mai mici la indivizii normali. După această ipoteză de lucru, cuantumul genelor pulsionale concurează cu Eul în determinarea sănătăţii sau bolii pulsionale mentale. În consecinţă acest criteriu ne-a adus în faţa următoarei concluzii: maladiile mentale sunt în mod esenţial maladii pulsionale.

Dezintegrarea Eului şi transformarea acestuia, la fel ca şi perturbarea inteligenţei cu care se însoţeşte, sunt forme particulare ale mecanismelor de apărare pe care omul le utilizează pentru a se apăra (proteja) contra trebuinţelor pulsionale periculoase. În consecinţă, vom considera că o

halucinație sau o idee delirantă constituie un mecanism de apărare, în aceiaşi măsură ca şi mecanismele obsesionale, ca şi reflexul morții cu care nevrozele caută o scăpare din turbionajul pulsional.

După aceste ipoteze de lucru, o maladie mentală este o perturbare funcțională, ca şi în cazul nevrozelor. În ambele cazuri o dispoziție ereditară face ca subiectul să se afle prins în turbionul unei trebuințe pulsionale specifice; ba mai mult, pentru a se apăra împotriva acestui pericol pulsional, nu se pot utiliza decât „ieşiri de ajutor" specifice, supape caracteristice determinate de cazul respectiv. În această categorie intră nevrozele ca şi psihozele idiopatice, endogene, care sunt manifestări psihice reversibile. Experiența a demonstrat că prezența sau absența manifestărilor psihotice depind, în primul rând, de structura pulsională actuală, manifestă, a subiectului şi apoi, doar, de structura persistentă, ce se găseşte în fiecare subiect.

În aplicarea criteriului psihopatologic, un argument îl constituie datele ereditare întâlnite în cadrul celor două grupuri de boli: psihoze şi nevroze. Indivizii sănătoşi sunt şi ei purtătorii genelor pulsionale, care în doză mărită dau maladia propriu zisă.

Doctrina psihiatrică a eredității a determinat, până în prezent, 4 grupe ereditare autonome de maladii:

- Sch=grupa ereditar schizofrenică (tipuri catatonice şi paranoide);
- C=grupa ereditar circulară (maniaco-depresivă);
- P=grupa ereditar epileptiformă, paroxismală;
- S=grupa ereditară a maladiilor pulsionale de ordin sexual.

Delimitarea acestor grupe patologice în raport cu normalul nu este încă o formă netă. De exemplu: manifestările grupei genetice SCH acoperă o zonă foarte întinsă: de la constituția schizotimică (normală), până la constituția schizofrenică (Patologică), ambele fiind însă constituții pulsionale. Între aceşti poli se plasează o gamă foarte întinsă de manifestări nevrotice.

5. Criteriul transmisiei ereditare autonome:

În genealogie se vorbeşte de o transmisie ereditară când un caracter (sau o boală) se transmite, conjugată cu genele specifice. Această transmitere ereditară se demonstrează cel mai uşor în formele extreme ale maladiilor pulsionale, la homozigoți.

Cercetările de până acum au demonstrat transmiterea ereditară autonomă a manifestărilor pulsionale, dar încă ne găsim departe de elucidarea definitivă a proceselor şi mecanismelor de transmitere.

Sistemul pulsional al analizei destinului

Fiind date patru grupe pulsionale patologice cu transmisie autonomă, vom admite existența a patru pulsiuni corespondente. Cele patru pulsiuni se vor numi vectori pulsionali, ce pun în evidență un cuantum pulsional delimitat, cu o direcție pulsională particulară, direcție în care se manifestă trebuințele pulsionale şi aspirațiile indirecte.

Corespunzător celor 4 grupe de tulburări, cei 4 vectori sunt:

- Vectorul S al pulsiunilor sexuale;
- Vectorul P al pulsiunilor paroxismale, de surpriză, de protecție;
- Vectorul Sch al pulsiunilor Eu-lui;
- Vectorul C al pulsiunilor de contact.

Fiecare din aceste grupe ereditare conțin în ele două moduri de manifestare, descifrabile clinic şi genetic, ceea ce determină existența a 8 trebuințe pulsionale specifice, numite „factori pulsionali".

Cele 8 maladii psihice formează 4 grupe ereditare fiecare fiind constituită într-un cuplu:

Grupe ereditare	**Cuplul**
A) Maladiile sexuale: **S**	a) homosexualitatea: **h** b) sadism: **s**

B) Maladiile paroxismale: **P**	a) epilepsie: **e** b) isterie: **hy**
C) Maladiile schizofrenice: **Sch**	a) schizofrenia catatonică: **k** B) schizofrenia paranoidă: **p**
D) Maladiile circulare: **C**	a) stări depresive: **d** b) stări maniacale: **m**

Admitem că genele pulsionale patologice sunt variante născute prin mutațiile aceloraşi gene arhaice specifice. De aceea sistemul pulsional al Analizei Destinului foloseşte 8 trebuințe pulsionale specifice (cei 8 factori pulsionali de mai sus) fiecare reprezentând anumite trebuințe. Aceste trebuințe sunt următoarele:

Factori	Trebuințe
h	Trebuință de tandrețe, de sentimente materne, de pasivitate, trebuință de feminitate
s	Trebuință de agresivitate, de sadism, de masculinitate, de sentiment paternal, de activitate, de virilitate
e	Trebuința de acumulare a unor afecte brutale: furie, coleră, răzbunare
hy	Trebuința de a se da în spectacol, de a se pune în valoare
k	Trebuință ca Eu-l să ia poziție, Eu-l realizat să ia în posesie obiectele (egosistolă)
p	Trebuința de achiziție personală, de dilatare a Eu-lui (egodiastolă), trebuințe ale Eu-lui spiritual
d	Trebuințe de achiziție a obiectelor, de a merge în căutarea lor (analitate, la Freud), „nevoia de cucerire”
m	Trebuința de a se „agăța” de obiectele achiziționate prin „d” (oralitatea, la Freud), nevoia de securitate

Până acum s-a tratat specificul celor 4 vectori şi a celor 8 factori. Însă trebuințele au mai multe modalități de manifestare. Există un antagonism nu numai între cei 2 factori ai aceluiaşi vector pulsional, ci şi fiecare trebuință pulsională prezintă la origine o structură ambitendentă.

Într-adevăr, mai târziu, Eu-l care ia poziție, poate refula, poate socializa, sau poate sublima una din aceste tendințe antagonice şi numai una dintre ele va fi satisfăcută sub forma nativă. Sistemul pulsional al Analizei Destinului (AD) comportă 8 trebuințe ambitendente, din care rezultă 16 tendințe.

Vom reprezenta în continuare cele 16 tendințe, cei 8 factori şi cei 4 vectori ai sistemului pulsional numit Analiza Destinului.

Vectori	Factori	Tendințe
I. Vectorul pulsiunilor sexuale: **S**	**h**: dragoste față de un individ sau față de umanitate	**h+**: dragoste față de indivizi determinați **h-**: dragoste față de umanitate
	s: trebuințe sadomasochiste	**s+**: sadism **s-**: tendințe de masochism
II. Vectorul paroxismal, al pulsiunilor de surpriză: **P**	**e**: trebuința unei conduite etice	**e+**: tendință de justiție, de etică **e-**: tendința de rău, de răzbunare
	hy: trebuința de a se da în spectacol	**hy+**: exhibiționism **hy-**: retragere, ascundere
III. Vectorul pulsiunilor Eu-lui: **Sch**	**k**: egosistolă	**k+**: tendința de a construi idealuri obiectuale, trebuință de posesiune, de introiecție **k-**: devalorizare, negație, renunțare
	p: egodiastolă	**p+**: formare de idealuri

		p-: proiecţii inconştiente
IV. Vectorul pulsiunilor de contact: **C**	**d**: trebuința de achiziții	**d+**: schimbări, căutări **d-**: conservări, perseverări
	m: trebuința de securizare, de detaşare	**m+**: asigurarea vechilor achiziții **m-**: detaşarea, separarea de elementele vechi

Transformarea manifestărilor pulsionale.

Principiul metamorfozei destinelor pulsionale

Nu putem întreba cum este posibilă interpretarea integrală a simptomelor aşa de variate ale vieții pulsionale a oamenilor, cu ajutorul a numai 8 factori. Se va putea spune probabil că mai intră în joc şi alți factori. Nu putem respinge apriori o astfel de obiecție.

Însă în cursul elaborării lucrării a reieşit că toate manifestările întâlnite erau variații ale factorilor „deja" cunoscuți.

În acest sens trebuie să menționăm următoarele:

- fiecare trebuință pulsională poate apărea sub 3 forme de manifestare:
  - forma cea mai negativă, morbidă;
  - forma fiziologică, normală;
  - forma socializată, sublimată;
- dependent de vârstă, o aceiaşi trebuință va apare sub diferite forme simptomatice
- formele de manifestare diferă în funcție de genul de viață al categoriilor sociale şi al categoriilor profesionale;
- variații analoage pot fi decelate în diferite domenii unde se manifestă o capacitate.

CAPITOLUL I – Principii metodologice

Testul reprezintă o probă care serveşte la explorarea constituțiilor şi mecanismelor pulsionale individuale.

Proba constă în ample reacții de alegere determinate de pulsiuni. Subiectul va primi consemnul de a alege din cele 6 serii de fotografii, fiecare serie fiind alcătuită din 8 poze, două care i se vor părea cele mai simpatice şi două care i se vor părea cele mai antipatice, din cadrul seriilor respective.

Aceste poze reprezintă indivizi suferinzi de maladii pulsionale manifeste foarte pronunțate. La aceasta se adaugă şi o anamneză şi un examen clinic, extrem de amănunțit cunoscute. Aceşti bolnavi au fost examinați din punct de vedere al genealogiei, privind genetotipia sigură a bolii lor.

După etalonarea testului pe un număr de peste 4000 de subiecți s-a relevat la majoritatea subiecților, următoarele: pentru un factor dat (rar pentru 2-3 factori) subiecții nu aleg pozele corespunzătoare, alegând în schimb pozele celorlalți factori. Rezultatul testului privind un factor determinat este dedus logic din ansamblul alegerilor de simpatici şi antipatici.

Ansamblul grafic al acestor rezultate reprezintă un profil pulsional. Aceste profile sunt foarte numeroase, şi, foarte rar sau găsit două la fel, identitățile de profil fiind excepții de masă. Profilele similare sau găsit la gemeni univitelini, ceea ce demonstrează că procedeul indicat se referă direct şi real la reacțiile biogenetice.

Materialul testului

Testul se prezintă în 6 serii de fotografii a câte 8 poze, în total 48 de fotografii. Cele 6 serii de poze trebuie considerate drept identice între ele din punct de vedere al structurii lor interne, deci, prin cele 6 serii de alegeri consecutive i se propune subiectului o aceiaşi reacție de alegere, prin echivalența seriilor.

Fotografiile sunt notate pe spate conform semnificațiilor şi ordinii pe care o ocupă în cadrul seriei: cifrele romane desemnează seriile, cifrele arabe indică numărul de ordine al pozelor în cadrul seriei, iar literele desemnează factorul pulsional reprezentat prin imaginea respectivă. Astfel:

h: 6 poze de hermafrodiți
e: 6 poze de epileptici (epilepsie esențială)
k: 6 poze de bolnavi de schizofrenie catatonică
d: 6 poze de depresivi-melancolici
s: 6 poze de ucigaşi (sadici)
hy: 6 poze de bolnavi de isterie paroxistică
p: 6 poze de bolnavi de schizofrenie paranoidă
m: 6 poze de maniaci

Diagnosticul desenat pe materialul testului se referă la subiectul reprodus în poză, nu la subiectul care alege.

Absența alegerii pozelor unei categorii pulsionale date sau, dimpotrivă, alegerea unui număr ridicat de poze (de exemplu când subiectul spune: „Aici îmi sunt 3-4 simpatici") este un indice serios că factorii pulsionali respectivi joacă un rol însemnat în viața actuală a individului testat.

Proba de bază

Se dă instructajul următor: „Vă arăt 8 poze, priviți-le bine şi indicați-mi care sunt cele două mai simpatici şi încă două care sunt cei mai antipatici". Alegerea se face numai după ce toate cele 8 poze au fost aşezate în fața subiectului. Alegerea trebuie să fie pe cât se poate simultană şi spontană; nu trebuie să i se lase subiectului un timp prea mare de gândire, pentru ca acesta să nu cadă „în păcatul raționalității".

Dacă subiectul nu alege prompt, i se cere o alegere instinctivă, rapidă şi fără lungi meditații. În cazul în care se răspunde că toate figurile sunt antipatice, subiectului i se va cere alegerea a două poze, cele mai puțin antipatice şi două, cele mai antipatice.

Pozele alese vor fi împărțite în două grupe: simpatice şi antipatice şi se vor pune separat de cele neutre.

Elaborarea profilelor pulsionale

Pentru elaborarea acestor profile se va folosi o fişă ca şi cea din anexă: se va nota cu roşu alegerile simpatice (care vor fi notate cu „+"), deasupra liniei de 0 şi cu albastru persoanele antipatice (acestea fiind notate cu „-„), sub linia de 0.

Protocolul mai presupune notarea pe o fişă separată a datelor clinice, elemente biografice şi portretul caracterial al subiectului. Aceste date vor fi culese de la instituția la care a lucrat subiectul, de la părinții acestuia, de la prieteni martori, etc. Trebuie acordată o mare atenție cercetării familiale: în cazul în care unul dintre părinți este suspect psihic sau chiar internat, trebuie procurată anamneza bolii şi nu numai diagnosticul acestuia.

Este indicat a se repeta testul la intervale de timp relativ scurte: de la două zile, la două săptămâni. În câteva boli periodice ca: epilepsia, isteria, melancolia, este util a se aplica şi reaplica proba înainte şi după criză, precum şi în intervalele dintre crize.

Aceste profile consecutive arată variațiile care se produc la subiect, arată maniera în care trebuința pulsională se acumulează, momentul în care saturația ajunge la maxim şi momentul în care descreşte atingând punctul mort. Mai ales în psihoze, profilele consecutive au o mare valoare.

Este foarte util a face profile şi la ascendenții direcți ca frați, surori, tați şi mame, cât şi la prietenii şi duşmanii subiectului. Interesante sunt şi examenele particulare ale consangvinilor.

Se pot astfel pune în lumină mecanismele pulsionale intervenite în alegerea prietenilor şi dragostei. Se mai pun în lumină procese pulsionale ne explorate, care condiționează formarea grupurilor sociale şi de o manieră mai generală fenomenul de „aglutinare" (asemănare) şi de „conglomerare" (adunări întâmplătoare).

Proba de asociaţie verbală (factorială)

Scopul acestei probe este de a separa nevrozele şi psihozele de maladiile mentale manifeste. Proba constă în următoarele: sunt rangate pozele alese (simpatice şi antipatice) în ordinea factorilor pulsionali. Se lasă la dispoziţia subiectului fiecare poză timp de 30 de secunde, timp în care i se va da şi instructajul următor: „Priveşte această poză şi spune-mi ce reprezintă ea şi ce gândeşti despre acest personaj?”.

La adulţii inteligenţi li se poate spune: „Cine poate fi aici şi care poate fi istoria acestui personaj?”. La copii li se poate spune: „Spune-mi cum este acest Domn/doamnă? Povesteşte-mi câte ceva despre el/ea”.

După trecerea celor 30 de secunde, subiectului i se ia poza (la dorinţa acestuia i se poate reînmâna). Observatorul notează cuvânt cu cuvânt cele povestite de subiect. Subiectul trebuie incitat să vorbească despre experienţele sale personale, dar fără să i se pună întrebări care ar putea determina o reinterpretare sau o schimbare în firul „istoriei”. Interogându-l asupra sorţii celui din fotografie trebuie încercat a se „afla” şi circumstanţele în care acesta a acţionat de o manieră specifică (exemplu: un asasin, în ce împrejurări a ucis).

Dacă subiectul recunoaşte o boală mentală, trebuie întrebat despre ce boală este vorba şi în ce condiţii a putut apare această boală. Deci, examinatorul trebuie să supravegheze mersul asociaţiilor determinate de imagine şi trebuie să-l incite pe subiect să continue asociaţiile cât de mult poate. Aici fiecare cuvânt poate avea o semnificaţie pentru stabilirea unui diagnostic clinic. De aceea, un protocol nu este niciodată prea lung sau prea scurt. Se va avea totodată grijă să se noteze seria fotografiei despre care subiectul povesteşte.

Determinarea caracterului specific evocator al pozelor din punct de vedere al probei de asociaţie factorială

Am admis că pozele ce reprezintă diferiţi factori pulsionali trebuie să dirijeze asociaţiile către domenii pulsionale variate, însă în strictă contingenţă cu imaginea expusă. Fiecare poză are un anumit caracter evocator şi limitează domeniul asociaţiilor.

Mai mult, am presupus că poza reprezintă o trebuinţă pulsională. Experienţa demonstrează că fiecare imagine dirijează asociaţiile subiectului către domeniul pulsional corespondent factorului pulsional specific. Acest rezultat are mare însemnătate pentru cunoaşterea mecanismului general de acţiune a testului.

Pe această cale putem demonstra că, caracterul evocator al pozelor factorului „h”, de exemplu, corespund trebuinţelor bisexuale sau homosexuale, fiind date trebuinţele care mobilizează asociaţiile. Pozele factorilor „s” provoacă asociaţii în domeniul agresivităţii, „e” asociaţii ce subliniază tendinţa de acumulare a afectelor (coleră, furie, etc.) sau dorinţe de echitate, dreptate religie, morală. Imaginile „hy” dirijează către domeniul trebuinţelor de a se da în spectacol; cele ale factorului „k” către narcisism, egoism, autism; cele ale factorului „d” către achiziţii, manii de colecţionare, de pierdere a obiectelor, de tristeţe. Din contră, „m” reclamă asociaţii hedonice, de căutare a plăcerii, solitudine, etc.

Specificitatea asociaţiilor factoriale permite prin urmare a intitula psihologic imaginile fiecărui factor din punct de vedere al caracterului evocator şi al valenţelor lor asociative. Pe baza acestui fenomen s-au ales pozele cele mai specifice cu puterea evocatoare cea mai mare. Astfel, dacă epilepticii manifestau imediat după criză o reacţie de descărcare – reacţie „0” – la imaginea „e” imaginea era păstrată, în caz contrar e părăsită.

Proba de Asociaţie Factorială ne-a arătat şi mecanismul care intervine în alegerea pozelor antipatice şi simpatice, subiectul îi alege drept simpatici pe indivizii din poze care-i aduc aminte de persoane cu care se poate identifica; din contră, găseşte drept antipatic personajul care-i evocă persoane repugnante, cu care se găseşte în raport conflictual.

Există o formă de alegere „anaclictică” (prin asemănarea personajului cu imaginea mamei, a tatălui, prietenului, etc.).

Există în mod egal şi o formă de alegere „narcisică” în care subiectul se alege pe sine, alege o poză pentru că personajul este identic sieşi. În alegerile narcisice, direcţia alegerii depinde de

starea de satisfacţie sau insatisfacţie de sine pe care o manifestă subiectul, în general şi la un moment dat.

Succesele obţinute prin terapie-şoc la paranoici, epileptoizi şi schizofreni epileptoizi răspund asupra schimbării de dominanţă între „p" şi „e". La schizofrenii epileptoizi trebuinţa „p" se găseşte pe prim plan, în timp ce trebuinţa „e" se găseşte pe un al doilea plan.

Pacientul prezintă convulsii şi pierde natura pulsională a schizofreniei paranoide. Şocul terapeutic provoacă o schimbare de dominanţă. Este interesant a vedea şi determina experimental, modul în care un paranoic reacţionează la pozele „e" imediat după un tratament convulsivant (de ex. un şoc cardiazol).

Exemple caracteristice ale probei de asociaţie factorială

1) Asociaţii evocate de fotografii de hermafroditi.

Imaginea 1-III. Subiect: profesor de colegiu, 28 ani.

Asociaţia: „... repugnant, dezgustător... este siropos, vâscos, agresiv, arogant, sigur de el, tânăr, terorist poate. Mi-e frică de el. Nu mă simt protejat împotriva atacurilor sale... îmi reprezint diverse istorii cu homosexuali; individul poate fi un jucător de fotbal sau un antrenor care racolează tinerii... acum îmi amintesc o mulţime de poveşti homosexuale..."

Deci, imaginea de categoria „h" şi-a exercitat acţiunea specifică: în câteva minute ea a condus subiectul în domeniul reprezentărilor de homosexualitate.

2) Asociaţii evocate de fotografii de asasini.

Imaginea 2-I. Subiect: psiholog ce se ocupa cu demenţii într-o clinică psihiatrică.

Asociaţia: „... un sadic, un asasin, un sadic sexual... psihologie criminală, omor sexual asupra unui copil, şi-a atras victima într-o pădure şi a omorât-o... proletar, şofer sau aşa ceva... director de circ ambulant; el visează lei şi îşi conduce subalternii ca şi cum el ar fi un leu..."

Imaginea ucigaşului atrage subiectul în cercul corespondent: asasin, sadic, leu.

3) Asociaţii evocate de fotografii de epileptici.

Se ştie că factorul „e" în corelaţie cu factorul „hy", determină particular alăturat efectelor brutale, cum ar fi furia, colera şi alte trăiri, cum ar fi dorinţa de apărare şi trebuinţele etice şi sociale: justiţie – injustiţie, bunătate – răutate, Cain şi Abel, pentru care alegerile depind de starea actuală a subiectului referitor la factorul „e".

Imaginea 7-IV. Subiect: profesor de 28 ani.

Asociaţia: „... un om care are sensul socialului... şi-a găsit locul în societate... tatăl său poate fi judecător. Din contră, acesta din fotografie poate fi un revoluţionar... mă gândesc la figurile lui Dostoievski... în spatele aparenţei sale exterioare se ascunde poate anarhia... simt la el tensiune, nu ca în prima fotografie (1-I, „e")... el înţelege acţiunea ca născându-se din tensiuni puternice... un atentat cu o maşină infernală îi repugna, el omoară într-o manieră dinamică..."

Deci poza unui epileptic a ocazionat asociaţii epileptoide clasice: revoluţie, atentat, dominarea situaţiei etc.

Exemplu: subiect: profesor de 28 de ani: schizofrenie paranoidă.

Imaginea 6-I:

Asociaţia: „… Acest om nu-mi este antipatic; actual el este mai curând nervos, un impulsiv … îmi aduc aminte …, el este mai dus ca mine. Poate fi un om atins de psihoză, un schizofren … Are disociaţii ale Eu-lui …, este după o perioadă de marasm demenţial … Mă simt exact ca şi cum a-şi fi făcut injecţii de Cartiazol … Mi-e frică … simt că vin convulsiile".

Deci, imaginile „e" au dat loc manifestărilor asemănătoare reacţiei la Cartiazol. Acestui bolnav putem să-i mai cerem asociaţii în faţa pozelor „e"?

4) Asociaţii evocate de fotografii de isterici:

Simptomele prin care se manifestă, într-o manieră specială, Isteria sunt: trebuinţa de a se da în spectacol sau chiar simpla dorinţă de a apărea în societate. Exemplul de mai jos arată clar că pozele „hy" atrag subiectul în domeniul exhibiţionismului.

Exemplu: profesor de colegiu:

Imagine 1-II.

Asociația: „… ha, ha, ha, …, (aruncă poza) … îmi aduc aminte de o mătuşă a mea, care juca mereu rolul de stâlp al societății. Ea era mereu în acțiune, obținea rezultate bune, a forțat puțin ca să devină puterea familiei …, a jucat un rol în societățile de binefacere şi prin favoare …".

5) Asociații evocate de fotografii de catatonici:

Factorul „k" reprezintă trebuințele egosistolice, de quartație. Forma ciclică: hipersusceptibilitatea, natura senzitivă, replierea, izolarea de lumea exterioară, narcisism, egoism.

Exemplu: psiholog de 50 de ani:

Imagine: 8-II.

Asociație: „… O femeie simplă, aplecată în ea însă-şi … poate că şi-a pierdut copilul …, o infirmieră într-o clinică psihiatrică …, ea trăieşte singură într-un azil …, evenimentele care au foarte puțină importanță se amplifică pentru ea".

Caracterul principal al naturii catatonice este natura închisă, retragerea din fața vieții, susceptibilitatea. Toate aceste caractere sunt evocate de aspirațiile subiectului. Aliura patologică a Schizofreniei Catatonice este determinată de disjuncțiile Eu-lui (Schizia) de dualitatea Eu-lui. Se ajunge des la situația în care subiectul, deşi are o singură poză de catatonic aleasă, vorbeşte mereu de două persoane sau de o oglindă care dublează personajul. La bolnavi se constată că se percepe imaginea ca multiplă, simptom clar al multiplicității (caz limită: dualitate) Eu-lui ca entitate.

6) Asociații evocate de fotografii de paranoici:

Factorul „p" determină trebuința de dilatare a E-ului, de egodiastolă. În domeniul pulsional al acestei trebuințe găsim: trebuința de posesiune a unei idei, delir de persecuție, grandoare, megalo- şi micromanie.

Ex: subiect: psiholog. Imaginea 8-III.

Asociația: „… O crudă față de tigroaică, repugnantă, … ceea ce am citit în Dostoievski i se potriveşte acestei femei … cred că această femeie declanşează dorințe de omor … cred că aşa ceva a gândit Rascolnicov pentru a omorî un astfel de gen de ființă … mă gândesc la persoana care mi-a dat să citesc cartea … era un om bătrân … (ce deducție faceți din faptul că am relații cu prieteni mai în Vârstă?) … mă gândesc că în mediul său acest om este obiectul unei batjocuri … el este un mincinos notoriu … povesteşte că personalități celebre îl roagă să-i viziteze, că are proprietăți în străinătate … suferă de grandomanie … mai poate pretinde că este un mare compozitor … este o relație penibilă pe care o am".

În această asociație ghidată de o imagine „p", se găseşte întreaga gamă a formelor de manifestare ale paranoiei. În timpul probei, însăşi subiectul are o criză de suspiciune. Ne acuză că-l suspectăm de homosexualitate, din cauza prietenilor lui mai în vârstă. Am constatat că poza „p" atrage uşor dispoziții paranoide şi homosexuale. Relațiile existente între Paranoia şi homosexualitate, din punct de vedere al psihopulsiunilor, sunt cunoscute încă de la Freud.

7) Asociații evocate de fotografii de melancolici:

În domeniul manifestărilor factorului „d" se găsesc următoarele simptome: tristețe datorată obiectului pierdut, pulsiunea morții, laşitatea vieții, sentimentul de nefericire, adeziunea la obiectele de valoare, prodigalitate, parcimonie. Tot în acest cadru intră şi magia şi ocultismul.

Exemplu: subiect: profesoară de muzică, homosexuală, schizofrenă paranoidă, refugiată în teozofie, metafizică şi spiritism.

Imaginea 3-IV:

Asociația: „… grotesc … mă gândesc la un teozof care este mort".

Alt exemplu: subiect: consilier homosexual. Imaginea: 7-VI.

Asociația: „… Obiceiurile acestei femei mă fac să mă gândesc la patronaj … „Resurecția" – I-am citit acest roman unui prieten orb. Eroul a corupt o tânără fată, care apoi a devenit prostituată … Când eroul este condamnat la moarte, cei 2 se întâlnesc şi fata îi spune că a învățat să trăiască fără bucurie şi că aceasta este formula ei magică pe care o rosteşte de câte ori se simte prost".

Pozele din categoria „d" au trezit imagini de „orfelin de patronaj", în fine, un client tipic al factorului „d". Imaginea resurecției i-a apărut subiectului ca fiind legată de moarte. De asemenea, este uşor de recunoscut situația depresivă, în expresia „viață fără bucurii".

8) Asociații evocate de fotografii de maniaci:

Câmpul de acțiune psihică a factorului „m” înglobează: trebuința de agățare de obiecte, plăceri, jubilări, predispoziția la manie, însingurare, detaşare de obiect, etc.
Exemplu: subiect: psiholog. Imaginea 8-V.
Asociație: „… aşezat la birou, copleşit de cifre îşi scoate pâinea, o taie în 4 şi o mănâncă pe părți. Preocuparea sa principală este de a se bucura în linişte de toate lucrurile. El cunoaşte aproape toate şmecheriile posibile. Vecinii îl iubesc pentru că este o vulpe bătrână. Vorbeşte des de lucruri care înfioară. Are plăcerea de a citi cărți pornografice”.

Este cunoscut faptul că mania este o reacție la depresie. Relațiile manie-depresie se relevă clar din asociația următoare:
Subiect: psiholog de 35 de ani. Imaginea 1-VI.
Asociație: „Ochii sumbri, umbriți de greşeli dar totuşi uşor de descris ca ochi raționali … tristețe care se schimbă brusc în veselie debordantă, pentru a recădea în .. depresie”.

Deci, imaginea din categoria „m” a mobilizat asociații care corespund pe de-a întregul aspectului patologic al psihozei maniaco-depresive.

CAPITOLUL II – Discriminarea şi interpretarea reacţiilor de alegere

Pentru un psihodiagnostic, alegerea trebuie să fie interpretată:
Din punct de vedere cantitativ.
Din punct de vedere al direcției, al tendinței (calitativ).

Interpretarea cantitativă

În ceea ce priveşte cuantumul reacției, se determină câte alegeri a făcut subiectul dintre cele 6 poze ale unui factor şi dintre cele 12 poze ale unui vector, fără a se considera dacă este vorba de alegeri „simpatice” sau „antipatice” (deocamdată). În acest mod putem distinge 3 feluri de alegere:

- reacție „medie”: au două-3 imagini (cazuri limită, maxim 4 şi minim două) din cele 6 a unui factor. Alegerea trebuie să fie de aceiaşi tonalitate (fie simpatice, fie antipatice).
- Reacție „0”: nu se alege nici o poză sau maxim o poză din fiecare tonalitate, pentru o aceiaşi serie de 6 fotografii.
- Reacție „plină”: subiectul alege în aceiaşi tonalitate 5-6 poze, minim 4 (din cadrul factorului respectiv).

Reacția zero

Fotografiile expuse şi excluse prin alegere în mod constant, sunt acelea ale bolilor care prezintă forme de manifestare patologică extremă a trebuințelor de care subiectul se descarcă. Printr-o reacție „0”, subiectul arată care factor Pulsional se manifestă actual la fel, fie sub formă genotipică, fie genotropică.
Reacția „0” indică cert: manifestare pulsională.

Atragem atenția asupra faptului că, conceptul de „manifestare factorială” (pulsională) nu trebuie să fie limitat la forma patologică extremă reprezentată de cel din fotografie, ea poate lua forme diverse în interiorul grupei ereditare a factorului pulsional corespondent. Aceasta intervine în toate manifestările pulsionale şi caracteriale, normale şi patologice.

Reacția „plină”

Experiența a arătat că subiectul alege maximum de poze ale aceluiaşi factor (4-5-6 poze) corespunzător trebuinței celei mai încărcate actual. Această exercită la el acțiunea cea mai dinamică. Putem distinge 3 feluri de reacții „pline:

- fie numai simpatice (foarte rar);
- fie numai antipatice (la fel de rar);
- de ambele feluri (în mod curent) (ambivalente).

Se poate vorbi deci de o reacție plină, încărcată de simpatie, încărcata de antipatie, sau reacție plină ambivalentă. Să analizăm un exemplu:

- „reacția plină", exprimă la vectorul „Sch"=10 şi anume:K=+2/-3 şi p=+3/-2. Deci, cei 2 factori sunt ambivalenți;
- reacția „0" la factorul d/C.

S		P		Sch		C	
h	s	e	h y	k	p	d	m
+	-	+	-	+	+	+	+
+	-	+	-	+	+	-	-
+				-	+		-
				-	-		
				-	-		

Subiectul în vârstă de 39 de ani se găseşte după 6 ani de tratament psihoterapic, cu diagnosticul de „Stare Schizofrenică". Suferă de incapacitate de lucru, de prezentări narcisice-paranoide, preferându-le oamenilor complimentele şi aprecierile favorabile la adresa sa. El crede în ceea ce spune, este mândru de prestanța şi inteligența (capacitățile sale intelectuale).

Pacientul nu este dement, el fiind conştient că este vorba de prea multă imaginație, dar nu se poate elibera de aceasta, căutând protecție pe lângă medicul terapeut. Îl roagă pe acesta să-l interneze fiind „alcoolic" sau din cauza unei încercări de sinucidere imaginară. Cercetările genealogice arată că un frate şi o soră a subiectului au nevroză schizoidă-narcisică, fiind de mai mult timp în tratament; fratele a fost vindecat, iar sora este pe cale. Unul din unchii subiectului este un original, fiind o persoană schizoidă, poate chiar schizofrenică.

Reacția plină Sch=10 combinată cu aliura schizoidă a profilului a relevat:

- acumularea actuală a trebuințelor Eu-lui;
- prepsihoză de tip schizofrenic;
- genotropie de ordin schizoid a subiectului şi a consangvinilor săi;
- predispoziție schizoidă a familiei.

Rezultă deci că reacția plină are două feluri de semnificații:

A. Relevă factorul cel mai dinamic pentru trebuințele pulsionale manifeste, pentru că determină direcția alegerii pulsionale, a partenerilor în dragoste, a prietenilor, a profesiei, etc.

B. Această reacție decelează reacțiile pulsionale premanifeste, aproape de exteriorizare.

Reacția „0" (exemplu: factorul „d" din vectorul „C") arată existența funcțional-pulsională care se manifestă sub o formă oarecare.

Dacă se va înțelege caracterul dinamic al unei reacții extreme, se va înțelege că nu există o diferență calitativă între reacția „0" şi reacția plină, fiind vorba numai de două faze consecutive: acumulare maximală a unei trebuințe şi apoi descărcarea ei.

Reacția „0" nu semnifică că tendința pulsională respectivă în echipamentul genetic al individului, ci semnifică că o tendință şi-a pierdut activitatea dinamică manifestă acumulată, ca urmare a unei descărcări. Această concepție dinamică explică de ce se găseşte la unii subiecți, pentru un factor dat, o reacție plină la un prim profil executat, apoi la un profil următor, poate chiar consecutiv, vom găsi o reacție „0".

Profilele pe care le-am obținut în decursul probelor repetate arată că trebuințele sunt procese dinamice, schimbătoare şi variabile. Mobilitatea unui factor determinat, în cursul repetării probei, are o foarte mare valoare diagnostică (vezi capitolul următor).

Interpretarea calitativă (direcţia reacţiilor de alegere după tendinţă)

S-a arătat că reacția plină semnifică o tendință pulsională care nu poate fi satisfăcută actual. Această stare de încărcare poate exista la fiecare factor şi pentru a o depăşi, subiectul are două posibilități:

- prepararea unei căi de exteriorizare, de descărcare, aceasta fiind calea reacției premanifeste, care precede satisfacerea directă.
- A doua posibilitate duce către interior, către profunzimea psihismului, este calea refulării şi a manifestărilor genotropice.

În reacția „plină" genotropică, exteriorizarea se găseşte înfrânată de o forță oarecare. Tendința pulsională astfel acumulată este obligată să rămână în profunzime, de unde dirijează alegerile subiectului (şi acțiunea acestuia, conform psihologiei abisale). Factorul genotropic constituie astfel o busolă nevăzută în alegerile individuale pulsionale.

Într-un profil, semnificațiile reacției pline sunt date de tonalitățile alegerilor subiectului: simpatice, antipatice, reprezentând trebuințele acumulate în subiect.

a) Subiectul găseşte „simpatice" imaginile factorului în care trebuința există în el în stare de încărcare premanifestă aproape de exteriorizare. Aceste tendințe pulsionale sunt egale afirmate de Eu, subiectul nu luptă împotriva lor, însă le lasă să se acumuleze pentru a le descărca la momentul potrivit.

b) Subiectul găseşte „antipatice" imaginile factorilor a căror trebuințe sunt acumulate în el, însă pe care le refuză, le refulează, în care satisfacerea este gonită şi înăbuşită de o manieră oarecare, din cauze exterioare.

Experiența a arătat că acestea sunt exigențe pulsionale refuzate sau refulate, pe care subiectul speră să le găsească în persoanele alese ca Obiect al dragostei, în prietenie, profesie, etc. Trebuințele pulsionale ce se manifestă în alegerile de „antipatici" pot, dar mai rar, atinge un înalt grad de încărcare. Ele apar nu sub formă nativă, ci sub formă denaturată, nevrotică, psihotică sau chiar criminală.

Analiza reacțiilor ambivalente (ambiegale)

O reacție este ambivalentă, atunci când subiectul alege un număr aproximativ egal de poze ca fiind „simpatice" şi „antipatice" ale aceluiaşi factor. Pentru nuanțare se deosebesc reacții ambiegale şi ambivalente.

Exemplu de reacții ambiegale: +2/-2, +3/-3.

Exemplu de reacții ambivalente: +3/-2, +4/-2 +2/-3, +2/-4.

În aceste situații Eu-l este ambivalent în privința exigenței exercitate asupra manifestărilor pulsionale; el aprobă şi în acelaşi timp refuză trebuința pulsională critică.

Concluzii:

1. Din punct de vedere cantitativ distingem:

- reacția „0": 0, +1, -1, +1/-1.
- Reacția medie: +2, +3, -2, -3.
- Reacția plină: 4, 5, 6, alegeri, fie toate simpatice, fie toate antipatice, fie combinate.

2. Din punct de vedere a tendințelor (calitativ) distingem:

- reacții pozitive: +6/0 (se va nota „+!!!"), +5/0 (se va nota „+!!"), +4/0 (se va nota „+!"), +3/0, +2/0, +2/-1, +3/-1, +4/-1 (+!), +5/-1 (+!!).
- Reacții negative: 0/- (se va nota „-!!!")6, 0/-5 (se va nota „-!!"), 0/-4 (se va nota „-!"), 0/-3, 0/-2, +1/-2, +1/-3, +1/-4 (-!), +1/-5 (-!!).
- Reacții ambivalente: +2/-2, +3/-3, +3/-2, +4/-2, +2/-3, +2/-4.
- Reacții de descărcare („0"): 0, 0/-1, +1/0, +1/-1.

În discuții se foloseşte o notație prescurtată pentru diversele tipuri de alegeri:
+=reacție pozitivă; -=reacție negativă; ±=reacție ambivalentă; 0=reacție „0”.

CAPITOLUL III – Interpretarea factorială şi vectorială a reacţiilor de alegere

În interpretarea vectorială şi factorială a reacțiilor de alegere ne putem servi de un tabel psihodiagnostic. Numai cunoscând perfect valorile reacțiilor factoriale se poate întreprinde studiul aprofundat al pulsiunilor.

Trebuie însă subliniat că acest tabel nu trebuie folosit într-o manieră mecanică, automată, rigidă, pentru că semnificația exactă a reacției vectoriale este în funcție şi de reacțiile la vectorii alăturați.

Acest tablou psihodiagnostic a fost alcătuit gvasi empiric. Au trebuit mulți ani pentru a găsi adevăratele semnificații ale profilelor vectoriale şi pentru a le adresa un mod adegvat de interpretare.

Problema se pune în mod egal şi pentru înțelegerea unei semnificații psihologice şi nu a alteia. Nu se poate niciodată şti sensul adevărat al unei reacții vectoriale, în ansamblul ei, prin simpla adiție a reacțiilor factorilor izolați. Practic, este necesară o interpretare întegrată, o interpretare a structurii pe care o reprezintă fiecare profil pulsional. Acest lucru se poate obține numai printr-un studiu aprofundat şi prin multă experiență.
Se va da în continuare tabelul psihodiagnostic.

Vectorul S (al pulsiunilor sexuale)

Reacții de alegere	**Factorul h**	**Factorul s**
+	Tandrețe individuală în raport cu o persoană, o familie, rasă, popor; nevoie de feminitate; instinct matern; Frecventă la indivizii medii; rară la cei orientați spre cultură.	Trebuință de virilitate, de activitate, de agresivitate, deseori de sadism; frecvență la subiecți medii, în ipohondrie, epilepsie, isterie; rară la subiecții civilizați şi cultivați.
-	Tandrețe în raport cu o colectivitate; dragoste de viitor; nevoie de cultură; refularea tandreței individuale şi a feminității; frecvență la cei orientați spre cultură şi în isteria de conversie; rară la subiecții medii; indice de umanizare.	Spirit cavaleresc în raport cu colectivitatea; spirit civilizator; întoarcerea agresivității către sine însăşi; inactivitate; masochism („s”=-4, -5, -6); frecvență între 20 şi 30 de ani; nevroză obsesională; homosexualitate; melancolie; rară la subiecții medii; semn de umanizare.
±	Tandrețe intersexuală-bisexuală; ambivalență față de nevoia de feminitate sau de homosexualitate; frecvență la 3-4 ani, în paranoia, în nevrozele obsesionale; rară la subiecții medii.	Constituție bisexuală, intersexuală; ambivalență față de nevoia de virilitate; sadomasochism; bizarerii; frecvență în senilitate, ipohondrie, homosexualitate; rară la subiecții medii.
0	Tandrețe satisfăcută, adesea infantilă; frecvență la 3-4 ani şi la pubertate, după masturbare şi după un raport sexual; frecvență la schizoizi, isteroizi şi mai ales în isteria cu angoasă.	Virilitatea, activitatea satisfăcută; satisfacerea agresivității, a sadismului; frecvență la 3-4 ani, în senilitate, la bolnavii mintali agitați, la catatonici, melancolici, la criminali, după descărcare.

Notă:
„+”=reacție premanifestă, gata de a se exterioriza, inconştient sprijinită de Eu.
„-”=reacție inconştientă refulată, refuzată de către Eu sau socializată prin mecanismele de proiecție sau introiecție.
„±”=Reacție de dublă polaritate: în parte sprijinită, în parte refuzată de către Eu, în mod inconştient.
„0”=Reacție de descărcare, satisfacere, fie de o manieră nativă, fie prin socializare, prin refulare, genotropism, actual nou dinamic.

Vectorul P (al pulsiunilor paroxismale, de surpriză)

Reacții de alegere	**Factorul e**	**Factorul hy**
+	Spirit de justiție în raport cu colectivitatea; bunătate; toleranță; dorința de a face bine; caritate; pietate; cenzură etică interioară; frecvență între 20 şi 60 de ani, în isteria de conversie şi în schizofrenie; rară la criminali; semn de umanizare.	Nevoia de a se da în spectacol, de exhibiție, de a juca un rol; cenzură morală slabă; frecvență în mica copilărie şi în senilitate, în debilitate mintală, istero-epilepsie şi în psihozele circulare.
-	Acumularea inconştientă de afecte brutale (furie, ură, dorință de răzbunare); intoleranță; tensiune istericală; nelinişte; frică de şine însăşi; frecvență la 5-6 ani şi în senilitate, la epileptici, candidați la suicid, criminali; rară în isteria cu angoasă şi la subiecții cultivați.	Pudoare; repulsie de a se da în spectacol; lume imaginară, ireală; cenzură morală severă (de natură externă); frecvență la prepubertate, în homosexualitate, în pseudologia fantastică; rară în isteria de conversie; semn de umanizare cu „e”=+.
±	Ambivalență: trebuie să fiu înger sau demon? Abel sau Cain? Bun sau rău? Frecvență la 19-20 de ani şi în senilitate, în isteria cu angoasă, la reacțiile criminale, în nevrozele obsesionale.	Ambivalență: trebuie să mă ascund? Frecvență la pubertate, în isteria cu angoasă, la criminali.
0	Descărcarea afectelor brutale; stări post paroxistice; frecvență în „vasonevroase”, migrene, la bâlbâiți, în epilepsie, isterie, manie, melancolie; frecvență la toate vârstele; lipsă de susținere şi reținere (e=0/d=0).	Nevoia de a se da în spectacol a fost satisfăcută; frecvență la 3-6 ani, în senilitate; frecvență în reacțiile criminale, în nevrozele obsesionale, manie; frecvență la toate vârstele.

Vectorul Sch (pulsiunile Eu-lui)

Reacții de alegere	**Factorul k**	**Factorul p**
+	+Egoism; egocentrism; autism; narcisism; formarea imagoului; introiecție; Eu-l care ia poziție; logică formală; gândire rațională; frecvență în perioada „îmbufnării”, în depresii; rară la subiecții medii şi în isteria de conversie; k+: „ideal de posesiune”: iată ce vreau să am!	Creşterea conştiinței de „ființă posedată” (a fi posedat); fuziunea cu un obiect, cu o idee; voință de putere; intuiție; inflație psihică; ambitendință; Eu-l spiritual: idealurile Eu-lui; înclinații amoroase; frecvență la 18-30 de ani şi la paranoizi; rară la subiecții medii; semn de umanizare p+: „idealul Eu-lui: „iată cum vreau să fiu”.
-	Adaptare la lumea exterioară; adesea refulare; inhibiție; constrângeri, chiar compulsii; incapacitatea de a forma un ideal obiectual de identificare (nu ştiu ce doresc să am, să posed!); frecvență în regresie, în isteria de conversie, isteria cu angoasă, manie; rară în melancolie; k-/hy-: sentiment de culpabilitate; frică de pedeapsă.	Protecție; nevoile amenințătoare nu devin conştiente, însă acționează prin proiecție; acuzarea acestuia; predispoziția la contemplare, la misticism, magie şi ocultism; domeniul inconştientului; frecvență în senilitate şi la copii mici; frecvență în epilepsie, în psihozele circulare, în „dromomanie la asasini” şi la subiecții medii.
±	Ambivalență în domeniului autism-adaptare,	Una din tendințe se ridică spre conştiință,

	egoism-adaptare; formarea imagoului-adaptare; reacția partenerului dualist efectuând separarea; cenzură realistă asigurând apărarea intereselor; frecvență la 7-8 ani şi la pubertate; în nevroze de angoasă, obsesii, în reacțiile criminale cu p+: semn de umanizare.	cealaltă rămâne inconştientă; reacția partenerului dualist abandonat; sentiment de abandon (cu k0); frecvență la copii mici după detaşarea de mamă, la homosexuali, la paranoizi şi la candidații la suicid.
0	1. Slăbiciune a Eu-lui. 2. Satisfacerea narcisismului; egocentrismului, egoismului şi autismului. 3. „Dezinteres". Frecvență în senilitate, în schizofrenie, epilepsie în stadiul post paroxistic; k0/hy0: predispoziție la imoralitate.	1. Evacuarea unei dorințe în afara conştiinței dorințelor. 2. Fuziunea manifestă cu un obiect, idee, etc. Frecvență la 19-20 de ani; frecventă la entuziaştii isteroizi, în ipohondrie, în refulări (k0/p0); rară în senilitate.

Vectorul C (al pulsiunilor de contact)

Reacții de alegere	Factorul „d"	Factorul „m"
+	Căutarea unui nou obiect; nevoia de achiziție a valorilor obiectului; cupiditate; tendința de rivalitate; prodigalitate (risipă); tendință spre depresie (d+/k+/s- sau 0); analitate; frecvență la 7-8 ani şi în senilitate, la homosexuali şi la depresivi.	Dorința de a se agăța (de obiect); fidelitate față de obiect; frică de pierderea obiectului iubit; oralitate; securizare; frecvență la 20-30 ani şi în senilitate; frecventă în ipohondrie şi homosexualitate.
-	Renunțare; fidelitatea obiectului; fixarea la vechiul obiect; parcinomie (zgârcenie); gust de colecționare, de a păzi obiecte de valoare; conservatorism; analitate reprimată; frecvență la 20-30 de ani şi la subiecții cultivați, la escroci şi la homosexuali.	Dorință de a se detaşa de vechiul obiect; solitudine; abandon, însingurare; oralitate reprimată; frecventă la 5-12 de ani şi la subiecții cultivați, în epilepsie, manie, dromomanie; cleptomanie, la asasini şi în isteria de conversie; p+/m-: indice de umanizare.
±	Ambivalență în căutarea: trebuie să rămân fidel vechiului Obiect sau trebuie să încep să caut altul nou? Criză a fidelității Obiectului; căutarea incertă.	Ambivalență: trebuie să mă detaşez sau să continui să mă agăț de vechiul obiect? Criză a legăturii; legătură nefericită fără bucurie; frecventă la 3-4 ani şi în senilitate, nevroze obsesionale şi în depresie.
0	1. Forfoteală şi căutare pentru a pune mâna pe noi obiecte (d0/m-). 2. Oprire în căutarea obiectului (d0/m+). 3. Lipsă de susținere şi de reținere (d0/e0). Frecvență la subiecții normali peste 18 ani, la bâlbâiți, în reacțiile criminale, hipomanie, manie.	1. Agățarea crispată (copil crampon). 2. Laşitatea agățării, la candidații la suicid (de exemplu). Frecventă în mica copilărie, la pubertate şi în regresie, precum şi în isteria cu angoasă.

Analiza reacţiilor vectoriale

Variații ale vectorului „S", al vieții sexuale, al lumii percepțiilor, al sublimării culturale sau civilizatoare.

Grupuri de profile **S** (h/s)	Profile **S**	Semnificația generală în psihologia pulsională şi caracterologie
I. Realitate: Percepția realității lumii. Sexualitate de tip	h+/s+	Percepție reală a lumii prin toate organele senzoriale. Subiectul forțează fuzionarea nevoii de feminitate (h) şi de masculinitate (s) într-un aliaj heterosexual. Este sexualitatea sănătoasă a omului normal (a individului mijlociu).

senzual. Eros terestru.	h0/s+	Tentativă de a pune lumea exterioară sub dominația sa, cu agresivitate, disimulat sub învelişul de tandrețe şi farmec. Tipul „călăului sentimental" gânguritor (masca de om tandru si fascinant care ascunde brutalitate). Activitatea (vioiciune, energie, spirit activ) cuplată cu o tandrețe infantilă. Agresivitate şi activitate de tip infantil sau eventual senil. Patologie: Oedip nerezolvat; imaturitate marginal nevrotica): Unitendința sadismului. Criminal autist. Sch+/- si P-/+ = criminal autist: ucide obiectul.
II. Irealitate Dragoste spirituală. Eros celest (care înțelege, educă şi luptă). Antenele organelor senzoriale sunt retrase din lumea exterioară. Dorința de legături idealiste intime.	h0/s-	Dăruire de sine ireală. Spirit de sacrificiu, agresivitate către sine însuşi. Masochism, umanizare pasivă, feminină, maternală; solicitudine; inactivitate. Abulie. Imaturitate marginală nevrotică: umanitendința masochismului.(0-!) si Sch (+-): sinucigaşul.
	h+/s-	Sexualitate pasivă, feminină, care se abandonează. Percepție „artistică". Umanizare de tip antic (elenistică). Subiecții umanizați sunt devorați de focul interior al spiritului lor. Renunțare, pasivitate, refugiu în trecut, sensibilitate artistica. În cazuri patologice, pentru bărbați semnifică inversiunea scopului sexual.
	h-/s0	Umanizare activă, sexualitate masculină, nu ține cont de realitate. Reformatori (violenți); gânduri religioase; sexualitate paroxistică.
	h-/s+	Umanizare parțială. Sexualitate isteriformă falsă. Activitate culturală, sugestibilitate agresivă. Mai poate fi bigot, tartuf, poate sa-i placa sa pozeze în om cult. În cazurile patologice pentru femei: indice al inversiunii sexuale.
	h-/s-	Sexualitate totală umanizată. Irealitate. Rațiune „strânsă", pozitivistă, hiperinteligență, raționalism Irealitate. Ființe cu judecata, pozitiviste, hiperinteligente, raționaliste. Izolat de lumea reala si spiritualizat, îsi refulează total sadismul (adesea Sch++ sau +0). În corelație cu un Eu neumanizat indică o sexualitate refulată. Mai poate fi autism sau fariseu.
III. Treceri între realitate şi irealitate a. Dispozițiile realului atrag după ele dispozițiile irealului (s+). b. Dispozițiile irealului atrag după ele pe cele ale realului (s- sau s0).	h0/s±	Trecere de la realitate la irealitate. Debutul aspirațiilor civilizatoare (s-). Bisexualitate infantilă. Bisexualitate infantila. Imaturitate marginală nevrotică: tendința de izolare sexuala. Caracter narcisic. Paranoidul.
	h+/s±	Trecerea realului spre ireal (S+/+ → s-). Predispoziții spre relații sado-masochiste (cu părinții, soțul/soția). Ambivalenta activitate-pasivitate.
	h-/s±	Umanizare cu tendință spre agresivitate, o idee sau un gând ireal este realizat cu agresivitate. Predispoziție spre sado-masochism. Comportament manierat. (umanism agresiv dar încă manierat). Imaturitate marginală nevrotică: dificultăți în relația sexuala.
	h±/s+	Tentativă de refulare a sexualității (h-), încercare de a trăi în lumea reală pe plan cultural, dar fără a reuşi. Activitate isteriformă periodică, agresivitate extremă, sadism (s+!!). (Tentativa nereuşita de a-si sublima cultural instinctele, hipercompensare prin poza isterica, sadism periodic, dar extrem).
	h±/s±	Bisexualitate completă, bipolaritate completă a scopului sexual. Dilemă între dragoste terestră şi celestă, între realitatea şi irealitatea idealistă.
	h±/s0	Tentativă de a socializa bisexualitatea şi agresivitatea pe calea idealismului. Raționalism ireal. Personalitatea care sublimează puternic. Compulsii. (Sublimare clasica. Obsesivul care izolează erotica.). Imaturitate marginală nevrotică: tendința de izolare sexuală
	h±/s-	Tentativă de a-şi socializa nevoile bisexuale pasive (homosexuală) prin mecanismul constrângerii. Predispoziții spre „spiritualizare" feminină. (ireala, model clasic Bovary). Imaturitate marginală

		nevrotică: dificultăți în relația sexuală. Patologie: homosexualitate latenta care se manifesta în obsesii.
IV. Asexualitate	h0/s0	Sexualitate de tip infantil. Abstinență periodică; frigiditate periodică; mai rar: asexualitate constituțională. Eventual: descărcarea sexualității.

Variațiile vectorului P, al pulsiunii de surpriză, de afecte, de sentimente, al sensului etic şi moral

Grupuri de profile **P**	Profile **P** (e/hy)	Semnificația generală în fiziologia pulsională şi caracterologie
I. Neliniște, stări de angoasă, de anxietate, panică, fobie, etc.	e-/hy0	Angoasă subită paroxistică, de care subiectul încearcă să scape prin acte de violență. Acumulare de furie, de ură, de dorință de răzbunare (e-), cenzor moral slab (hy0) şi dorința de evidențiere. +Sch0-, +: homosexualitate, toxicomanie, crimă (+Sch0/0).
	e-/hy-	Panică, reflex de moarte (după Kretschmer). Cenzor moral sever (hy-). Anxietate extremă.
	e±/hy-	Obsesie isteriformă, aproape de panică. Un Abel care lasă să se acumuleze afectele (pentru că nu are supape de descărcare). Fobicul în faza prealabilă îmbolnăvirii.
	e+/hy0	Frică simplă față de anumite elemente (exemplu: focul, apa sau înaintea anumitor situații: altitudine, prăpastie, camere închise (claustrofobie), spații mari (agorafobie), animale (zoofobie), anumite persoane, etc. Fobia clasica: unitendința bunelor intenții.
	e0/hy-	Frică paranoică scrupule anxioase: subiectul se teme că este crezut în anumite puncte (exemplu: că este prost, urât, homosexual, etc). Îi este teamă de ceea ce se va spune dacă se ştie că… Complexe de inferioritate, sentiment de culpă, anxietate de relație senzitivă (scrupule anxioase). Patologie: delir de relație senzitivă. +Sch0 ±: homosexualitate pasivă.
	e0/hy±	Subiect care se plânge, se lamentează, se crede asuprit. Lamentantul care-si afişează strident sentimentele. Exhibiționistul larvat. Patologie: pseudo-cverulentul +Sch (0 ±): homosexualitate pasivă.
II. Flux şi reflux în viața afectelor şi sentimentelor	e+/hy+	Flux al afectelor; creştere isteriformă a afectelor şi al sentimentelor „furtună de mişcare" (Kretschmer) în domeniul sentimentelor. Flux exagerat de emoții, afecte si sentimente. Agitație. hy = + : voința de a-si etala necesitățile instinctive.
	e0/hy+	Cenzorul moral indică (hy+) afecte brutale (e0) expresie simplă de furie (de exemplu: exhibiționism).
	e0/hy0	„Calm plat" în viața sentimentală. Reflux după flux, după explozie,, furtună şi scene (furtună, explozii, ieşiri violente sau scene); urmează refluxul, starea de după orice criză epileptică, isterică, dar şi anxioasă. Sch0/0 sau 0/-: psihopatul nestatornic care lichidează toate instanțele superioare (oricărei cenzuri morale la psihopat îsi pierde – parțial sau total – orice luare de poziție.
III. Criză a afectelor, sentimentelor ținute sub control cu ajutorul frânelor interioare şi exterioare (de constrângere)	e±/hy0	Cenzorul moral este slab (hy0). Luptă între bine şi rău. Profilul clasic al afectelor şi sentimentelor obsedaților şi inhibaților. Patologie: obsesivul sau orice timid inhibat.
	e-/hy±	Un Cain (P-/+) care se ascunde pudic (hy-) şi care este inhibat neavând destulă energie de scandal (hy-).
	e+/hy±	Un Abel (P+/- care se dă în spectacol (hy+) pentru că nu are suficiente frâne pentru a fi un modest.
	e±/hy+	Un Cain (P-/+) care se converteşte (e+).
	e±/hy±	Luptă între Cain (P-/+) şi Abel (P+/-).
Iv. Soluții extreme	e-/hy+	Cain integral. Imoral (nebunie morală), însă nici absolut, Cain cel rău şi nedrept care acumulează furie oarbă şi crudă, dorință de răzbunare, invidie, poate fi anxios, piroman, epileptic sau epileptoid, megaloman,

		vanitos, escroc, exhibiționist, animat de dorința de a se evidenția, de a poza, de a cocheta, de a face scandal.
	e+/hy-	Abel integral. Omul moral absolut, religios, caritabil, cu spirit de abnegație, de justiție universală, toleranță, cenzură etică interioară, conştiință morală, este în acelaşi timp un timid, un pudic social, discret, modest, cu cenzură morală exterioară de tip supra-Eu: nu face rău de frica pedepsei. Poate eşua patologic în delir mistic sau în mitomanie (pseudologie fantastică).

Variațiile vectorului Sch, al pulsiunilor Eu-lui

Grupe de profile Sch	Profile Sch	Semnificația generală în psihologia pulsională şi caracterologie
I. Eu-l Arhaic. Eu-l irațional, contemplativ care se abate de la realitate	k0/p-	Eu-l mistic, mitic, contemplativ. Adualism; Eu-l şi lumea fuzionează total. Nu există dualism. Proiecție. Eu-l nu intervine în luptă. Apatie fatalistă. Patologie: sectari, demențe.
	k+/p-	Eu-l autistic. Cosmodualism; Eu-l care trece pe deasupra barierelor realității „lumea sunt eu" (perioade de îmbufnare, supărare). Eu-l opozițiilor; introproiecție. Apare la copii de 3-4 ani (care introiectează totalitatea universului), participarea mistică (a lui Levy-Bruhl). Dacă s-!: nu-şi îndreaptă niciodată agresivitatea spre lumea exterioară ci împotriva propriei persoane devenind un sinucigaş. +P-/+: melancolicul care în profunzime este un Cain.
II. Eu-l juvenil, Eu-l inhibat, dar realist. Luptă împotriva luării de conştiință, a nevoilor amenințătoare.	k-/p0	Eu-l care refulează; Eu-l nu vede că nevoile pulsionale amenințătoare deviază conştiința. Incapacitatea de a forma un ideal obiectal. Eul care respinge, care nu se poate identifica (obsesivii şi istericii).
	k-/p+	Eu-l inhibat luptă împotriva posesiunii prin mecanismele de negație; represiune. DEN: puberul care neagă două tendințe antagoniste.
III. Eu-l dresat, realist. Eu-l de dresaj.	k-/p-	Eu-l dresajului, irațional, care nu ia cunoştință de nimic, dar care aderă perfect la real, se adaptează perfect în real, se adaptează sub constrângerea forțelor exterioare. Eu-l hipotrofiat. Eu-l „omului de pe stradă". Negarea proiecției. Omul mediocru – intelectualii nu dau niciodată acest răspuns. Adaptare şi negare a atotputerniciei. Patologie: delincvență, manie.
IV. Eu-l narcisic „posedat", hiperdelicat, trăind în irealitate, dar rațional.	k+/p+	Eu-l în flux, hipertrofiat, care se supune conştient tuturor dorințelor contradictorii; introinflație; irealitate; riscurile Eu-lui; dificultate de decizie. Inflație interioară: Eu-l care vrea să fie tot şi să aibă tot. +h-: duce la umanizare culturală maximă. Patologie: epilepsie sau psihism epileptoid.
V. Eu-l narcisic care formează ideal obiectual. Eu-l care	k+/p0	Eu-l profesional. Eu-l care îşi satisface prin profesia sa trebuințele sale pulsionale amenințătoare. Eu-l narcisic, egoist, egocentric, autist, reproductiv, introiecție. Pulsiunea dezagreabilă este combătută prin

se identifică prin introproiecție. Eu-l partenerilor care sparg uniunea dualistă (k±).		încorporarea ei în Eu – mecanismul operotrop. Se întâlneşte la psihologi, scriitori. Patologie: epileptici, epileptoizi şi oligofreni.
	k±/p0	Eu-l obsedat. Eu-l masculin. Eu-l masculin infidel. Omul „profesional. Subiectul care se adaptează la mediul exterior, dar care este inhibat. Parteneri care efectuează separarea în uniunea dualistă. Mecanisme obsesionale. DEN: prin mecanismul izolării. Refulare pentru că Eu-l se detaşează de obiect şi rupe uniunea dualistă. Patologie: obsesivul clasic, lesbiana.
	k±/p+	Eu-l care posedă un Ideal de Eu masculin. Acel Eu, este cel mai adesea dualist, eficient, dar inhibat. Cu tot pericolul acestuia (Sch+/+) el se poate adapta. Inflație cu mecanisme obsesionale. Eu-l capabil dar anxios în permanent pericol de dezagregare, dar şi în continuă adaptare prin frică. Patologie: nevroza anxioasă.
	k±/p-	Eu-l fugitiv. Eu-l în luptă pentru independența sa, pentru libertatea sa (libertatea este iluzorie pentru ca nu ştie sa proiecteze). Luptă între autism şi obligația de adaptare. Proiecția este frânată prin mecanismele obsesionale. Dezvoltă sentimente paroxistice de genul „focului de paie". Patologie: epilepticii, epileptoizii, vagabonzii.
VI. Eu-l posedat care formează „ideal de Eu" sau Eu „idealizat", feminin. Stări de sine în care Eu-l se identifică prin fuziune inflativă sau proiectivă. Eu-l partenerului părăsit în uniunea dualistă (p±)	k0/p+	Eu-l posedat; inflație psihică cu ambitendințe. Fanaticul care se consumă pentru o idee: Patologie: paranoia clasică.
	k0/p±	Eu-l părăsit, pasiv, feminin. Partener pasiv în uniunea dualistă. Ego feminin, proiecție şi inflație. Poate fi homosexual manifest (care îşi clădeşte în propriul său Eu un ideal feminin fără nici o inhibiție) sau homosexual pasiv. Patologie: suicidalii, fobicii, ipohondricii, homosexualii.
	k+/p±	Eu-l care acceptă (introiecție), feminitatea, Eu-l părăsit, introiectând. Luptă împotriva stării de abandon, la introiecție (k+), imaginea partenerului care abandonează. Primul pas spre Eu-l adult. Pronostic bun.
	k-/p±	Eu-l alienat înstrăinat, depersonalizat. Eu-l părăsit, gelos, se opune lui însuşi, călău cu sine, avid de răzbunare. El întoarce sadismul contra lui însuşi, sau contra partenerului care l-a abandonat. Negarea proiecției şi inflației. Eul care nu poate socializa pulsiunile, le refulează, dar nu poate suporta nici refularea. MET: dorința de răzbunare, gelozie, crima pasională sau actul suicidal. Patologie: criminalul, psihopatul sexual în pragul suicidului de tip Othello: „am ucis acum mă sinucid" (defensa Eu-lui la nevrotic: mecanismul înstrăinării). Isterie de conversie.
VII. Eu-l care frânează exagerarea. Stări de sine în care Eu-l strânge la maxim frânele conştiinței.	k±/p±	Eu-l integrat care produce integrarea. Antagonismele perturbatoare de la periferia vieții pulsionale sunt readuse în interiorul Eu-lui, unde ele sunt rezolvate. Eu-l care presimte catastrofele. Adaptare forțată. Eu-l utilizează toate frânele de care dispune pentru a supraviețui unei panici catastrofale care nu părăseşte niciodată fobicul clasic. DEN: integrare defectuoasă nevrotică.
	k0/p0	Eu-l dezinteresat. Schimbarea Eu-lui; pierderea conştiinței de sine; tendința de schimbare a personalității; eventuale stări crepusculare; dezintegrare. O pulsiune foarte puternică apare în conştiință şi transformă sau anulează tot Eu-l: artistul de extaz. Patologie: stupoare catatonică, ipohondrul, uneori homosexualul. +P0/0: psihopatul nestatornic.

Exemplu de analiză: Profilul pulsional al omului mediu:

S		P		Sch		C	
+	+	-	+	-	-	+	-

2	2	2	2	2	2	2	2

S+/+: percepere reală a lumii prin toate organele senzoriale. Forţează fuzionarea nevoilor feminine (h+) cu cele masculine (s+) într-o lume heterosexuală. Aceasta este sexualitatea omului sănătos, mijlociu.
P-/+: autentic. Cain care acumulează în el furie, ură, coleră, dorinţă de răzbunare şi descărcare bruscă într-o manieră neaşteptată.
Sch-/-: Eu irațional, dar perfect aderent la real, care nu ia cunoştinţă de dorinţele sale şi se adaptează sub efectul constrângerii lumii exterioare. Este Eu-l dresat" al omului mijlociu.
C+/-: după pierderea vechiului obiect şi detaşare, subiectul începe să caute un nou obiect. Infidelitate. Eventual disconfort. Atenţie deosebită la noi excitanţi.
Diagnostic: este omul mijlociu, „omul de pe stradă" bine drenat.

Variațiile vectorului C, al pulsiunilor de contact, al schimburilor cu lumea exterioară (şi atenției)

Grupe de profile C	Profile C	Semnificația generală în psihologia pulsională şi caracterologie
I. Legături fericite (m=0 sau m=+). Principiul plăcerii.	d0/m0	Relații infantile cu lumea exterioară şi cu obiectele sale. Principiul plăcerii. Dorința de a rămâne mereu în preajma mamei sau a reprezentanților săi. Atenție şi curiozitate infantilă. Patologie: (Imaturitate marginală nevrotică.: dorinţa infantila de a rămâne în poala mamei).+ P (0/0): nestatornicie sexuala, alcoolism. +P(-/-): fetişism, sadomasochism, crima.+ P (± o) sau (- 0): lesbiana. + P (+ 0) sau (0 -): alcoolism.
	d0/m+	Relații mature ale adultului cu lumea. Atenție bună. Subiectul nu caută obiecte noi, dar se agață de cele vechi cu solicitudine. Frică de a pierde obiectul. Cramponare anxioasa (C0/+!!). Patologie: când este d = 0, m = +!! este nevroza anxioasa (legătura, dar cu anxietate mare).
II. Legătură nefericită; în parte reacții hipomaniacale (m- sau ±). Neplăcere.	d0/m-	Reacții hipomaniacale. Lipsă de susținere şi de reținere. Lumea lui îi devine străină. Solitudine. Obiectele terestre şi-au pierdut valoarea lor. Agitație fără măsură. Deconcentrare. Nelinişte, inatenție morbida, cu tendința la dispersie rapidă a atenției (distractibilitate). Patologie: mania, toxicomania, alcoolismul, criminalul.
	d0/m±	Viață comună fără fericire, uniune dualistă nefericită (soție, părinți, amici, etc.). Subiectul se agață (C0/+), dar aproape să fie deja detaşat (C0/-).
III. Legătură fidelă. Legături conservatoare, lipicioase. Reacția fidelității. Irealitate (d-).	d-/m0	Atitudine conservatoare față de obiectele lumii. Atenție concentrată, reținută. Dificultate de a se adapta la nou. Ataşare de tot ce este vechi („caracter anal"). Perseverare. Adaptare dificilă la ceva nou. Atenție hiperconcentrată, îndârjita. Încăpățânat, zgârcit si pedant.
	d-/m+	Fixare extremă asupra unuia dintre părinți sau asupra reprezentanților lor (dragoste incestuoasă, ură incestuoasă). Pe un plan mai elevat: ataşare extremă de o idee. Atenție concentrată („lipicioasă").
	d-/m-	Fixare ireală asupra unei persoane sau asupra unui obiect care este deja pierdut. Atenție introvertită, autoobservare, umanismul activ. Patologie: Suicidul melancolic (autism, se izolează total fata de orice izvor de plăcere)+ Sch (-! 0): catatonic.
	d-/m±	Deşi obiectul este deja pierdut (C-/-) fixarea şi chiar acroşajul subzistă, existând un raport, o legătură nefericită, ireală. Atenție de calitate inferioara. Patologie: **IMN**: Legătură incestuoasă, analitate.

IV. Legătură infidelă (d+). Principiul realității.	d+/m0	Căutarea unui obiect nou când încă mai este agățat de cel vechi. Atenție împărțită, bi-obiectuală (la fel şi pentru legături).
	d+/m+	Legături simultane cu mai multe obiecte. Atenție defectuoasă divizată.
	d+/m±	Căutarea unui obiect nou deşi încă se mai agață de cel vechi. Relație de infidelitate, biobiectuală. Depresie. Atenția se îndreaptă spre mai multe direcții, dar este imatură.
	d+/m-	După pierderea vechiului obiect şi detaşare, subiectul porneşte să caute un nou obiect. Subiectul porneşte în căutarea unui obiect nou (reacție de infidelitate incipienta).**IMN.**: dorința de infidelitate, subiectul caută un nou obiect. Spirit atent la toți stimulii noi. Umor depresiv.
V. Legătură problematică incertă (d±).	d±/m+	Legătură simultană cu mai multe obiecte deşi fixația față de cel vechi subzistă. Relație bi-obiectală (problematică), împrăştiată. Atenție împrăştiată, nesigură.
	d±/m-	Fixație ireală la vechiul obiect în timp ce un altul nou este deja căutat, relație cu lumea şi atenție parțiale, ireale.
	d±/m±	Conflicte continue de contact în relațiile cu lumea, fidelitate şi infidelitate simultane. Atenție complet compromisă, complet bulversată. Patologie: depresie.
	d±/m0	Legătură şi atenție conservatoare, nesigură; nelinişte. Teama de a părăsi vechiul obiect, dar necesitatea impetuoasă de a porni în căutarea unuia nou. Atenție meticuloasă, dar anancastă (conservatoare). Patologie: fobicul, ataşament fobic cu atenție.

Exemplu: profilul: (3x):

S		P		Sch		C	
-	-	+	-	+	-	-	+
3	3	3	3	3	3	3	3

Profilul unui individ umanizat.

Interpretare:

S-/-: subiectul s-a retras din lumea reală în irealitate. Cartezian, pozitivist, hiperinteligent, raționalist.

P+/-: Abel pur, binevoitor, just, serviabil.

Sch+/+: Eu-l în flux. Este Eu-l hipertrofiat, care tinde să-şi dea seama de toate tendințele pulsionale şi pe care le introiectează cu tot antagonismul lor. Acest subiect este ireal, hiperrațional.

C-/+: Ataşament extrem la unul din părți (dragoste incestuoasă). Pe plan mai elevat: ataşament la o idee. Atenție concentrată.

Diagnostic: subiect cultivat (h-), civilizat (s-), umanizat (S-/-), de bun caracter (p+/-), ireal, hiperrațional (Sch+/+), fidel obiectului (C-/+).

Deci: un subiect cultivat, umanizat, şi sănătos.

Profilul unui masochist							
Înainte de electroşoc				După electroşoc (9 şedințe)			
S	P	Sch	C	P	P	Sch	C
0-!!	0±	-0	++	-0	0±	-±	++

Reacție masochistă (h0, s-!!), care semnifică dăruire de sine, masochism, pasivitate, a dispărut (s0) după electroşoc. Subiectul a devenit din ce în ce mai activ (S-/0) semnifică umanizare activă, masculină. Sch-/±: profilul de Eu gelos, îndreptat spre sine. Complexul sexual a devenit o problemă a Eu-lui.

CAPITOLUL IV – Formule pulsionale

Putem distinge din punct de vedere al semnificației lor psihodiagnostice două grupe de factori pulsionali:

A. Simptomatici;
B. Determinanți ai caracterului sau maladiei (patogeni).

A) Factorii simptomatici: sunt aceia pentru care subiectul dă reacții ambivalente sau „0". Reacțiile constant sau aproape constant ambivalente pentru un factor, dezvăluie simptome interne subiective. Subiectul poate lua la cunoştință ambivalența sa asupra unei trebuințe pulsionale, însă simptomul nu se poate exterioriza. Din contră, simptomele exterioare obiective, sunt decelate prin reacții „0", în care trebuința critică se manifestă sub o formă negativă, geometrică, sau sub o formă denaturată, operotropică. Această trebuință critică poate deveni, obiectiv diagnosticabilă.

Reacțiile constante sau aproape constant ambivalente sau „0" indică acei factori pulsionali, reîntâlniți pe foile diagnostice ale tabloului clinic, subiectiv şi obiectiv, ale caracterului bolii.

Aceşti factori constituie „factori simptomatici" şi deseori aceştia nu arată nimic asupra proceselor pulsionale inconştiente, dar în realitate, determină simptomele manifeste în alegerile făcute.

B) Factorii determinanți ai caracterului sau factorii patogeni sunt decelați din ansamblul factorilor mereu sau aproape mereu pozitivi sau negativi. Reacțiile constant pozitive sau negative, reprezintă în realitate, tendințe nesatisfăcute.

Se spune că o trebuință este nesatisfăcută atunci când:

- forțele exterioare îi barează satisfacerea (reacții pozitive);
- dacă Eu-l opreşte satisfacerea trebuinței, prin cenzura ce o exercită (reacții negative);
- dacă cuantumul unei trebuințe este foarte ridicat (exemplul maniacilor care nu-şi pot satisface sadismul). Acestea sunt reacțiile constant pozitive.

Trebuiesc subliniate însă şi următoarele aspecte:

- reacțiile constante negative nu sunt totdeauna caracteristice refulării unei exigențe pulsionale. Poate fi şi un semn al adaptării la lumea exterioară.
- reacțiile constant negative nu relevă numai insatisfacerea trebuinței critice. O trebuință poate fi satisfăcută şi fără aprobarea Eu-lui şi atunci găsim o refulare.

Dacă într-o testare de la profile consecutive, determinăm izolat pentru fiecare factor, suma reacțiilor „0" şi a celor ambivalente obținem o mărime care ne permite separarea factorilor simptomatici de cei patogeni. De asemenea, această sumă (suma reacțiilor „0" şi a celor ambivalente) ne indică gradul de tensiune ale tendințelor factorilor în cauză. Sub numele de tensiune a tendințelor desemnăm tensiunea pulsională care se naşte între tendințele genetic-antagoniste, ale unei trebuințe pulsionale.

- Factorii simptomatici posedă gradul cel mai ridicat de tensiune a tendințelor.
- Factorii patogeni, din contră, au gradul cel mai scăzut de tensiune.

Să examinăm mai îndeaproape noțiunea de „tensiune a tendințelor". Analiza destinului îşi exprimă supoziția că fiecare trebuință pulsională se compune din două aspirații ce provin, una din gena maternă şi una din gena paternă, formând o pereche genetică antagonistă în care fiecare componentă luptă pentru afirmare.

Un exemplu: una merge pe direcția sadism-agresivitate-activitate, iar cealaltă pe direcția masochism-pasivitate. Cele două aspirații de polarități opuse depind de factorul „s".

Această luptă între aspirații antagonice este în consecință cauza tensiunii tendințelor în fiecare trebuință pulsională, tensiunea tendințelor este foarte evidentă în reacțiile ambivalente.

Admitem că forma ambivalentă corespunde formei originale a tuturor trebuințelor pulsionale. Experimental, această ipoteză îşi găseşte justificarea prin faptul că, odată cu reacțiile pozitive se găseşte şi cel puțin o alegere negativă şi invers. Deci, în majoritatea acestor cazuri, subiectul nu poate menține tensiunea între tendințele antagonice, astfel încât trebuința se descarcă (în cazul nostru descărcarea este reacția „0"). De aceea ne putem permite să numim reacția „0" ca fiind reacție post-ambivalentă. Natura post-ambivalentă a reacției „0" este pusă în lumină de

alegerea (+1, -1). Din această cauză se măsoară gradul tensiunii tendințelor, nu numai prin suma reacțiilor ambivalente, ci prin suma ambivalențelor şi a reacțiilor „0" (reacții post-ambivalente.

O dată determinat gradul tensiunii tendințelor pentru fiecare factor pulsional, punem la cale cele 8 grade ale tensiunii trebuințelor în ordinea mărimii acestora. Cu acest clasament putem apoi uşor separa factorii simptomatici de cei patogeni, clasând astfel formula pulsională actuală a subiectului: la numărător, pentru că este o formulă funcțională vom nota factorii simptomatici, iar la numitor, factorii patogeni. Alături de această formulă se va utiliza formula pulsională completă. Aceasta este o formulă fracțională multiplă în care vom pune în primul rând factorii pulsionali cu tensiunea tendințelor mare, apoi cei cu tensiune medie şi mică.

Spre exemplu formula actuală a subiectului este:

mS/s1.

Formula completă ar fi de forma:

±, 0 m S	Factor simptomatic
+, 0 +, 0 +,± -,0 d5 k5 p4 e4	Factori submanifeşti (cu tensiune medie)
+ - - Hy2 h2 s1	Factori patogeni (sau factori rădăcină)

Se vede limpede că prima formulă (formula pulsională actuală) este prescurtarea formulei complete, având în vedere prima şi ultima dintre tendințe. Se subliniază astfel starea actuală a tensiunii maximale între tendințe. De aici şi importanța ei pentru psihodiagnostic.

CAPITOLUL V – Clasele pulsionale

1. Diferitele tensiuni ale tendințelor

Analiza formulelor pulsionale este o metodă de a determina caracterul normal sau patologic al pulsiunilor, la un subiect. Pentru procedeu: stabilirea clasei pulsionale de care aparține subiectul.

Cele două metode se completează: clasa pulsională ne arată genul proxim, iar formula pulsională ne indică diferența specifică datorită căreia subiectul se distinge de ceilalți membrii şi clasei pulsionale date. Se determină întâi clasa şi apoi formula pulsională. Cele două metode permit caracterizarea naturii pulsionale a unei persoane.

Ambele metode se adresează noțiunii de „tensiune între tendințe". Analiza formulei indică, într-o primă ordine, tensiunea tendințelor intrafactorială (între cele două tendințe antagonice ale aceluiaşi factor).

Pentru a determina clasele pulsionale, se calculează diferența între tensiunea tendințelor celor 2 factori care constituie un vector.

Exemplu: gradul tensiunii factorului h=9, iar tensiunea tendințelor factorului s=2. Diferența interfactorială este: 9-2=7. Această valoare se numeşte diferența între tensiunea tensiunilor. Această diferență se va face fără a ține cont de semnul aritmetic al valorii tensiunii tendințelor respective. Acest semn indică doar beneficiul pulsional al uneia dintre cele două trebuințe ale aceluiaşi vector. Dacă, aşa cum am presupus, fiecare vector poate prezenta două variante, există 8 variante posibile ale tensiunii tendințelor. Ele joacă un rol special în diagnosticul experimental al pulsiunilor care îi aparțin subiectului în perioada examenului pulsional.

Dar distingem, aşa cum s-a arătat, 4 vectori corespunzând celor 4 pulsiuni fundamentale: S, P, Sch, C. Deci trebuie operate şi diferențele între tensiunea tendințelor intervectoriale. Din clasarea celor 4 diferențe în ordinea mărimilor se obține gradul de apartenență al individului la o clasă pulsională: Individul aparține actului acelei clase pulsionale care prezintă diferența cea mai mică dintre tensiunea tendințelor.

Reciproc, se poate demonstra că acele pulsiuni care acționează cu o mare dinamică la subiect, au mari tensiuni ale tendințelor. Această pulsiune este pulsiunea critică latentă, satisfăcută

poate în parte şi care reprezintă rădăcina specifică caracterului sau bolii pulsionale respective. Există pulsiuni în care una din trebuințe se poate satisface, iar cealaltă rămâne nesatisfăcută, constituind un real pericol pentru individ. Această latură a vieții apare din cauza că cele două componente au destine diferite şi pulsiunea existentă între ele devine periculoasă.
Vectorul care arată cea mai mare diferență a tensiunii tendințelor ne arată pulsiunea cea mai periculoasă

2. Proporția gradelor de latență

Clasele pulsionale se raportează deci la pulsiunile critice, care prezintă cea mai mare diferență a tensiunilor intravectoriale. Se poate pune întrebarea: de ce fundăm clasele pulsionale pe diferența cea mai puternică şi nu pe cea mai slabă?
Pentru a putea răspunde să luăm un exemplu: la o comediantă de 65 de ani, pensionară a unui azil de alienați, am stabilit 15 profile consecutive, găsindu-se următoarele diferențe de tensiune între cei 4 vectori:

- gradul tensiunii tendințelor vectorului S=13-0=13 S/h (adică diferența de tensiune între a tendințelor factorului „s" şi „h");
- diferența tendințelor „k" şi „p" ai vectorului „Sch" este 4-0=4 Sch/p;
- diferența tensiunii tendințelor dintre factorii „d" şi „m" ai vectorului „C" este: 5-1=4 C/m;
- diferența tensiunii tendințelor între factorii „hy" şi „e" ai vectorului „p" este 6-6=0 P/e.

Proporția relativă a tensiunii tendințelor ne dă un fel de prescurtare a proporței latențelor relative, adică a raportului dintre forțele dinamice, în interiorul celor 4 vectori.
Proporția latenței relative se mai poate exprima şi astfel:

S/h	Sch/p	C/m	P/e
13	4	4	0

Latența diferenței cu tensiunea cea mai mare (13) este reglată în vectorul sexual „s", iar a tensiunii cea mai mică (0) în vectorul paroxismal „P". O diferență medie o vom găsi în vectorii „Sch" şi „C".

Din punct de vedere cantitativ acest fapt este formulat de natura următoare: mărimea diferenței de tensiune, deci şi a latenței, indică clasa de care aparține actual pacientul. În cazul analizat, comedianta aparține clasei pulsionale S/h.

Empiric se poate spune: vectorul care arată cea mai puternică diferență de tensiune ne trimite la pulsiunea în care latența şi deci dinamismul este cea mai ridicată. Această pulsiune, cea mai dinamică, are rolul principal în destinul viitor al subiectului.

Dacă un individ îşi satisface de o manieră oarecare, nativă, doar o singură trebuință pulsională dintr-o pereche de două, cealaltă rămâne nesatisfăcută, aceasta va acționa de o manieră disimulată şi cu întreg dinamismul său, în profunzimea psihicului. Deci această pulsiune constituie pentru destinul subiectului (destinul viitor…) exigența anterogradă cea mai periculoasă.

În mod normal cele două tendințe antagonice reunite în pulsiuni, se frânează reciproc pentru că au valori relativ identice (ale tensiunii). Este un fel de autoreglare a tensiunii dintre pulsiuni. Acesta este cazul reacțiilor duble de acelaşi fel: S+/+; -/-; 0,0. În asemenea cazuri, destinul celor două componente este identic; este cazul în care nu există tensiuni între tendințe, în acest domeniu pulsional. Dar ce se va putea spune despre destinul celor două componente ale pulsiunii, cum vor evolua ele în timp? Acesta este cazul bolnavei analizate:
În factorul „s" ea dă 13 alegeri de reacții 0 din cele 15 profile totale, în timp ce la factorul „h" ea arată o reacție pozitivă constantă, ce este aproape mereu o reacție plină (şi anume: ±,/5 alegeri, ±/4 alegeri). În acest caz cele două componente ale pulsiunii nu se pot frâna reciproc. Factorul „s" nu este frânat de Factorul „h", partenerul său, pentru că subiectul este incapabil de a fuziona cele două trebuințe.

Bolnavei analizate îi lipseşte autoreglarea pulsiunilor, de unde rezultă că factorul „s” poate să se manifeste liber. Pacienta îşi trăieşte liber şi deschis sadismul. Dimpotrivă, factorul „h” rămâne nesatisfăcut şi acţionează în profunzime, continuându-şi acţiunea formatoare de noi şi noi manifestări. De aceea pulsiunea sexuală şi odată cu ea trebuinţa de tandreţe (eventual existenţa homosexuală) constituie într-un asemenea caz, forţa ce va determina viitorul subiectului. Este eronat de a conchide că, pentru a stabili un diagnostic trebuie luat în considerare numai vectorul cu cea mai mare diferenţă de tensiune. Ne trebuie analiza tuturor celor 4 diferenţe ale tendinţelor, între care vom stabili proporţiile gradelor de latenţă a fiecăreia dintre pulsiuni.

Situaţia pulsională actuală şi trecută, se decelează prin studiul celor mai mici diferenţe de tensiune între tendinţe. Însă, un diagnostic al destinului este dirijat, evident către viitor. Deci, depistarea pulsiunii periculoase pentru viitor, este o sarcină esenţială a unui diagnostic, suscitând intersecţia competentă a unui psiholog sau psihiatru.

În rezumat, putem expune principiile următoare:

- vectorul care arată cea mai puternică diferenţă de tensiune, deci cel mai înalt grad al latenţei, relevă pericolul pulsional cel mai ameninţător.
- Vectorul ce posedă cea mai mică diferenţă de tensiune, deci cel mai scăzut grad de latenţă, nu poate arăta destinul şi evoluţia turbionului pulsional precum şi căiile de scăpare, eventualele căi de descărcare.
- Pulsiunile cu grad mediu de latenţă pot juca fie un rol anterograd, fie un rol retrograd în acţiunile subiectului în funcţie de de diferenţa lor de tensiune, comparativ cu cel mai mare grad de latenţă.

Proporţiile relative redau o viziune netă asupra tensiunii pulsionale care guvernează dinamica celor 4 vectori şi a mărimii latenţei. Gradul de latenţă cel mai elevat indică exact pericolul pulsional prezent. Aici trebuie să intervină psihologul şi profilaxia, igiena psihică şi intervenţia educativă a psihoterapiei.

3. Subclasele pozitive şi negativ

Trebuie deci să tratăm subdiviziunile celor 8 clase pulsionale. După doctrina pulsională a „analizei destinului”, estimăm că insatisfacerea unei trebuinţe pulsionale nu este dată numai de mecanismul refulării. Latenţa poate fi consecutivă acesteia şi deci se constată următoarele contingenţe ale latenţei:

- latenţa poate fi cunoscută după quantumul extrem de ridicat al unei trebuinţe pulsionale, caz în care trebuinţa rămâne nesatisfăcută, chiar dacă Eu-l aprobă satisfacerea ei. În test aceasta se exprimă prin reacţiile constant sau aproape constant pozitive.
- Latenţa poate fi consecutivă refulărilor, care sunt efecte ale forţelor exterioare (vorbim de adaptarea la lumea exterioară sau de apărare, când aceasta se realizează prin acţiunea directă a Eu-lui). Adaptarea se manifestă în test prin reacţiile constant negative.

Numai ele, reacţiile constant pozitive şi cele constant negative, pun în pericol viaţa psihică. Acesta este cazul în care tendinţa antagonică a pulsiunii îşi atinge satisfacerea. Acesta este cazul în care diferenţa tensiunilor dintre tendinţe ale unui aceluiaşi vector devine maxim. Pe această linie se poate diviza fiecare din cele 3 clase pulsionale, în două subclase în care una poartă semnul latenţei pozitive (+), iar cealaltă a latenţei negative (-).

4. Clasele egale

Pentru a ne permite o orientare rapidă, suntem obligaţi să mărim numărul claselor pulsionale prin considerarea claselor egale. În practică, întâlnim cazuri în care gradul de latenţă este acelaşi la 2, 3 sau chiar toţi cei 4 vectori. Pentru a reuşi o analiză mai detaliată a acestor subiecţi, am stabilit că aceste cazuri bi, tri şi gvadri egale desemnează o grupă omogenă de indivizi.

Pentru a ne permite un diagnostic rapid (acela de a crea clase pulsionale şi de a clasa indivizii conform lor) a fost necesară introducerea claselor egale alături de cele inegale (pozitive şi negative).

Fiecare din aceste clase egale trebuie divizată în subclase: clasa bi-egală este subdivizată în subclase, urmând cei 2 vectori ai căror grad de latență este identic. De ex: Sh+, Cm+ este egal cu: Ss-, Cm+. Numărul de variante este destul de mare (96). Această cifră nu ne jenează analiza grupelor de indivizi aparținând subclaselor bi-egale, insuficient de bine descrise încă. Aceasta deoarece se face analiza pe subclase şi apoi se încearcă o sinteză.

Astfel, analiza cazului Ss- şi Cm+ se face ca aparținând mai întâi cazurilor Ss- şi abia apoi ca aparținând cazurilor Cm+, realizând apoi o sinteză prin sesizarea caracteristicilor subiectului.

Clasa tri-egală este analizată plecând de la diferența cea mai mare între tensiunea tendințelor care este egală la toate cele 3 grade de latență.

Clasa cvadri-egală este analizată pe baza gradului cel mai elevat al tensiunii dintre tendințe. Clasele extreme sunt rare când toate cele 4 diferențe de tensiune sunt riguros egale şi care presupun o analiză efectuată izolat pe cei 4 vectori, rezultatele fiind apoi confruntate între ele.

CAPITOLUL VI – Scurtă descriere a claselor pulsionale

A. Clasele pulsionale inegale

I. Clasa principală Sh

Clasa bisexualilor latenți

Pericolul pulsional este condiționat de latența trebuințelor bi-sexuale, ontogenetic mai vechi decât trebuința heterosexuală. Indivizii normali ai acestei clase utilizează ca supapă pulsională supra afirmația virilității, agresiunea şi, mai rar, autodistrugerea. Sub o formă socializată apar: spiritul cavaleresc, spiritul de sacrificiu. Subiecții patologici, tind să scape folosind isteria, epilepsia, ideile paranoide.

Subclasa 1: Sh+: clasa brutalității înfantile. Este clasa cea mai răspândită după Cm+.

Părți componente: coopii 5-6 ani, tinerii 19-30 ani, între 40-60 ani, bătrâni între 70-90 ani.

Formele patologice cele mai frecvente: manifestări paroxismale (isterie, epilepsie, kleptomanie, omor pasional) şi manifestări paranoide (depresii paranoide, schizofrenie paranoidă).

Subclasa 2: Sh-: umanişti activi, militanți.

Ei constituie o varietate extremă printre oameni. Sunt protectori a tot ceea ce este uman: misionari, medici, preoți, scriitori umanişti, igienişti sociali, psihologi, psihiatri, etc.

II. Clasa principală Ss

Clasa sadicilor latenți

Pericolul pulsional este condiționat de nesatisfacerea trebuinței de masculinitate. Reprezentanții acestei clase tind să formeze cu partenerii lor un cuplu indisolubil, numit (uniune dualistă).

Ei joacă rolul sadicilor (Ss+) sau al masochiştilor (Ss-). Raporturile dintre partenerii dualişti au un caracter sado-masochist: ei se torturează reciproc până la moarte. Reprezentanții acestei clase trec temporar şi prin clasele: Cm+, Cd+, Pe+, devenind hipomaniaci, depresivi sau purişti. Predispoziția la maladiile pulsionale este mare.

Subclasa 1: Ss+: sunt subiecți şarmanți, blânzi care în spatele drăgălăşeniei ascund brutalitatea şi agresivitatea. Sunt printre ei indivizi cu sexualitate insuficient dezvoltată. Ei sunt pasionați de luptele de orice gen, în general de competițiile sportive.

Subclasa 2: Ss-: clasa masochiştilor.

Variantele normale socializate, care presupun unitatea dualistă sado-masochistă se găsesc printre profesiuni ca: pediatrie, psihologia copilului, asistența socială, stomatologie, eventual spion.

Variațiile patologice ale acestei clase sunt: nevrozele obsesionale, nevrozele paranoide, nimfomania, logomania, frigiditatea, impotență, erotismul anal. În caz extrem de rar: schizofrenia paranoidă.

III. Clasa principală Pe

Clasa Cain-ilor latenți

Pericolul pulsional este condiționat de nesatisfacerea exigențelor lui „Cain”, prin acumularea dorințelor de furie, coleră, manie. Supapa pulsională este analitatea (analitică). Ei își purifică stilul, limbajul, conceptele, literatura, știința. Sunt împinşi din interior la critică şi moralitate. O altă ieşire ar fi supapa „k”. De aici narcisismul, rigiditatea conduitei şi a gândirii.

Subclasa 1: Pe+: moraliştii şi puriştii.

Profesiuni elevate ca: critic de artă, preoți, doctori, filozofi moralişti, etc, pietrari de drumuri,recuperatori de deşeuri, etc.

Subclasa 2: Pe-: clasa erotismului anal: homosexualitate anală, pederastrie, tahicardie paroxistică, trac şcolar, mecanisme obsesionale, cleptomanie şi echivalente ale epilepsiei.

IV. Clasa principală Phy

Pericolul pulsional este condiționat de dorința de a fi pe scenă, de a fi „feminină”, de a avea obişnuințele sexului opus (travestism), de a „surprinde” anturajul. Supapele pulsionale sunt: sexualitate pasivă, paranoism.

Subclasa 1: Phy+: directori spirituali, spirite serviabile. Aceşti subiecți socializează trebuința de „a se da în spectacol”, de a fi femeie sau mamă, „director” al conştiințelor, religiozitate, samariteanism, sacralism. Pe un plan inferior profesii servile ca: chelneri, valeți, coafezi, manechiurişti-pedichiurişti, etc.

Subclasa 2: Phy-: homosexuali pasivi. La aceştia se găsesc bi-sexualitatea, homosexualitatea pasivă, nevroze paranoide, nevroze epileptoide, paranoia juvenilă.

V. Clasa pulsională Schk

Clasa coartației latente

Pericolul pulsional este condiționat de non-satisfacerea trebuinței de coartație, de egosistolă, care rămân latente. Aceşti subiecți sunt incapabili de a trăi manifestându-şi satisfacerea acestor trebuințe de a se izola de lumea exterioară şi a trăi în prizonieratul propriului Eu. Utilizarea deseori, a unor porți de scăpare ca narcisismul, depersonalizarea, a disimulării sub formă de atitudini maniaco depresive. În numeroase cazuri găsim o legătură incestuoasă, legătură care jenează identitatea lor normală. Identificarea deviată dă naştere la originali, solitari, narcisici. Subiecții sănătoşi ai acestei clase devin cu timpul „farisei narcisici”.

Subclasa 1: Schk+: narcisici şi farisei.

Meticulozitate dusă la extrem, prozaism, raționalism rigid, absența supleții, parcinomia limbajului, imposibilitatea de transpunere în pielea altuia, rezonanță autopsihică. Aceşti subiecți nu se servesc decât pe ei înşăşi şi niciodată nu servesc obiectul.

Profesii preferate: profesor, logician, matematician, estetician, psihiatru şi psiholog (însă duşmani ai psihologiei profunde), educatori ce folosesc mijloace de constrângere, polițişti, lideri de organizații şi partide.

Subclasa 2: Schk-: clasa visătorilor.

Predispoziție la depersonalizare: tot ceea ce este în relație cu persoana respectivă (sub) devine imediat străin: corp, mâini, priviri, limbaj, însăşi activitatea.

Subiectul simte că un străin acționează asupra lui.

Identificare invertită, predispoziția la hipohondrie este foarte clară, predispoziție la depresie paranoidă, tendință de sinucidere isteriformă.

VI. Clasa principală Schp

Clasa dilatării latente a Eu-lui

Pericolul pulsional este condiționat de nesatisfacerea existenței Eu-lui (ego-diastolă). Subiecții sunt antrenați într-un turbion pulsional paranoid de unde încearcă să evadeze prin mijloace

paroxismale (abcese de furie, idei obsesionale, idei de sinucidere isteriformă). Câteodată se recurge la pseudomanii (narcomanii, cleptomanii). Supapa este foarte des de ordin isterico-epileptică.

Subclasa 1: Schp+: „geniile ratate" şi paricizii.

Subiecţii dotaţi şi foarte dotaţi dar incapabili să-şi dezvolte talentele din cauza incapacităţii de a se dezbăra de ascendentul direct de acelaşi sex. Fiul cel simpatic persecutat de tată, şi invers. Descendenţii reuşesc să formeze deseori cu ascendenţii un cuplu de pseudomasochişti în care joacă rolul partenerului cu sadism furibund, aproape de paricid. Predispoziţia lor morbidă este foarte aproape de psihoză, de crizele de furie paranoidă, epileptică, de omor prin gelozie, de delicte sociale şi sexuale epileptoide. Aceşti subiecţi sunt de cele mai multe ori sadici anali şi homosexuali activi.

Subclasa 2: Schp-: clasa paranoizilor latenţi.

Sunt subiecţii care vor să scape de turbionul pulsional paranoid cu ajutorul supapelor pulsionale constituite de mecanismele de constrângere şi mecanismul de apărare isterică.
Ei cad deseori în stări crepusculare sau scapă către criminalitate. Elementul paranoid este menţionat de către mecanismul de tip obsesional (împreună cu k±).

VII. Clasa principală Cd

Clasa cercetătorilor şi a căutătorilor latenţi

Pericolul pulsional este condiţionat de nesatisfacerea trebuinţei de a cuceri obiectul primar. Subiecţii sunt în stare de căutare permanentă a obiectului pierdut.
Trebuinţa de agăţare de obiectul primar este spasmodică, însă imposibil de satisfăcut. Are loc o exagerare a valorii obiectului pierdut, subiectul lăsându-se torturat de imaginea ideală a acestuia. Reîntoarcerea agresivităţii către persoana însăşi, trebuinţa de tandreţe nu poate fi satisfăcută. Dacă subiectul socializat are trebuinţa latentă de a cuceri obiectul, obţinem tabloul „rivalului etern" sau al „subiectului umanizat şi dispus la renunţări".

Subclasa 1: Cd+: competitori eterni.

Rivalizează cu oricine are sau a avut o reuşită.
Ei sunt gata să schimbe deseori partenerul de dragoste, de lucru; îşi schimbă des şi centrul de interes. Cauza acestei rivalităţi eterne rezidă probabil în hipertrofia idealului primar reprezentat de personajul care încarnează reuşita (poate unul din părinţi, împreună cu k+).
Această rivalitate eternă face subiectul instabil şi infidel „obiectului".

Subclasa 2: Cd-: clasa „renunţărilor".

Reprezentanţii acestei clase „cedează" obiectul şi aceasta pentru că acesta este de multă vreme împărţit de ei.Aceştia sunt partenerii amoroşi care se consumă.
Pe plan mai elevat, se întâlneşte o dragoste şi un ataşament solid faţă de „obiectul", faţă de care fidelitatea este eternă. Numărul acestora este redus.

VIII. Clasa pulsională Cm

Pericolul pulsional este condiţionat de latenţa de a se agăţa de Obiect. Ei sunt incapabili de a proba sentimentul de a poseda obiectul de o manieră oarecare. Însă când obiectul este într-adevăr în posesia lor şi rămân în incertitudine (această situaţie este similară cu greutatea dezlipirii de lângă mamă). În acest domeniu ei rămân „hrăniţi" perpetum şi nişte sadici-orali perpetui. Supapele pulsionale sunt reprezentate de caracterul oral, de habitudinea de a bia, a mânca, de a fuma (care se prezintă aici ca o pseudomanie). Această tendinţă sentimentală de a se agăţa de Obiect îi face pe unii dintre subiecţi să ajungă deseori scriitori lirici. În plus, se întâlnesc aici predispoziţii spre manii, spre cleptomanie, neurastenie, hipo-maniaco-iritativă.

Subclasa 1: Cm+: „agăţaţi eterni".

Este clasa cea mai răspândită printre subiecţii cu afectivitate sănătoasă. Aici se găsesc cei care se află pe punctul de a-şi întemeia o familie şi indivizi în pragul bătrâneţii. Aceştia sunt cei mai prdispuşi la stările anxioase legate de pierderea Obiectului (anxietatea pierderii).

Subclasa 2: Cm-: „eternii abandonaţi", subiecţi cu lipsă de reţinere şi de susţinere.

Aceşti subiecţi suferă de a fi pierdut, vreodată vreun Obiect. Pentru ei nu există pe lume un astfel de Obiect de care să se poată acroşa durabil. Ei devin în aparenţă hedonişti fără limită, însă în profunzimea sufletului lor ei sunt departe de viaţă şi aproape de moarte.

Trăsăturile comune ale membrilor acestei clase:

- trebuinţa de agăţare: pentru ei este cea mai puternică exigenţă latentă, însă şi-au pierdut capacitatea de a realiza acest lucru (agăţarea).
- Deseori îşi dilată Eu-l până la megalomanie.
- Şi-au pierdut capacitatea de a se identifica cu un Obiect oarecare sau cu un obiect spiritual.
- Şi-au distrus Imago-ul detronându-şi idealurile (absenţa idealurilor îi face incapabili de a găsi un obiect). Agresivitatea este nesatisfăcută la ei.
- Ei sunt sadici pentru că nu pot găsi un obiect care să le satisfacă nevoia de tandreţe, destul de ridicată şi aşa.

B. Clasele pulsionale tri-egale

Caracteristicile claselor tri-egale este faptul că reprezentanţii lor utilizează în acelaşi timp, 3 supape pulsionale, 3 ieşiri în caz de pericol, pentru a scăpa de primejdia pulsională dată de o trebuinţă pulsională care este latentă.

Să analizăm câteva exemple practice:

S h+	C d	Sch p	P hy
4	1	1	0

= nevroză paranoidă, depresivă, cu homosexualitate latentă.

S s-	Sch k	P hy	C d
10	2	2	1

= Demenţă precoce: pseudo-debilitate, în spatele căreia se ascunde trebuinţa latentă de a trăi într-o unitate dualistă sado-masochistă cu mama.

P hy-	S	Sch	C
4	0	0	0

= Homosexualitate juvenilă, paranoia juvenilă. Kleptomanie juvenilă cu cercetarea unui substitut al obiectului pierdut; stadiul pregenital, compulsii.

Aceste exemple arată că în cazurile clasei tri-egale se poate face analiza pornind de la clasele inegale, precând practic de la a patra trebuinţă inegală (în exemplu cele care au semne indică caracterul inegal).

Membrii acestei clase au în mod comun următoarele caracteristici:

- fixaţie sau regresie în stadiul pulsional al bisexualităţii.
- Inversiunea scopului pulsional sexual (cu S+/- sau -/+). Inversiunea identificării (cu Sch0/± sau ±/0). Inversiunea alegerii obiectuale (cu C+/+, 0/0, +/0).

De unde rezultă:

- frecvenţa homosexualităţii manifeste;
- megalomanie la adolescenţi;
- criză în uniunea dualistă;
- mecanisme obsesionale;
- supape pulsionale paranoide manifeste;
- de obicei, antecedente paranoide sau circulare.

C. Clasele pulsionale cvadri-egale

Caracteristicile lor sunt:

- uniuni dualiste familiale care marchează grav destinul pulsional;
- sadismul anal;

- predispoziţia spre mecanismele de constrângere;
- homosexualitate manifestă sau latentă.

Posibilitatea cea mai gravă a unui astfel de destin este schizofrenia paranoidă.
Forme rare de subliniat: profesiuni de „homosacer”.

Coeficientul tensiunii tendinţelor

Coeficientul tensiunii tendinţelor este mărimea care ne indică raportul dintre numărul de reacţii 0 şi numărul de reacţii ambivalente. Cu ajutorul cuotientului respectiv putem exprima relaţia cantitativă care există între simptomele exterioare şi cele interioare:

- Dacă coeficientul este inferior lui 1, conduita subiectului este inhibată, constrânsă, frânată.Poate trece prin nevroze obsesionale, psihopatii schizoide.
- Dacă coeficientul este 1-3, comportamentul este normal.
- Dacă coeficientul este 5 şi peste, subiectul este excitat, are un comportament neânfrânat, critic, agitat. Se pot găsi aici isterii, epilepsii, psihopatii cicloide.

În aprecierea coeficientului trebuie să ţinem seama, în caz de inhibiţie, dacă aceasta este datorată unei refulări sau presiunii unei forţe exterioare.

Reacţiile „hy-„ sau „k-„ sau „k±„ vorbesc în favoarea unei inhibiţii, chiar dacă coeficientul este superior lui 3 în caz că subiectul este agitat, dar agitaţia este frânată.

Dar subiectul poate fi înstabil sau agitat, chiar dacă prezintă un coeficient scăzut şi dă reacţii de forma: C0/- sau hy0, k0. Deci, niciodată nu trebuie să tragem concluzii asupra conduitei subiectului plecând numai de la valoarea coeficientului tensiunii tendinţelor.

CAPITOLUL VII – Psihodiagnostic general

I. Sindroame patologice

Fiecare maladie pulsională este caracterizată în test printr-un grup specific de simptome, deci printr-un sindrom.
Cele mai importante sindroame sunt:

1.Sindromul „melancolic”:

s-! k+! p+ d+1 melancolie

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
	-			+		+	+
	-			+		+	+
	-			+		+	-
	-			+		+	-

Semnificaţie:

- **m±:** subiectul se agaţă cu toate forţele de obiect (m-) de care este totuşi parţial detaşat (m+). Deci se relevă clar incertitudinea subiectului în legătură cu un Obiect.
- d+: după pierderea obiectului subiectul trebuie să caute altul.
- k+: subiectul se identifică cu vechiul Obiect şi caută unul nou conform cu imaginea sa ideală.

- s-: întoarcerea agresivității asupra sa însăşi. Subiectul suferă intens tirania idealului de Eu şi a idealului de obiect pe care şi l-a format. El se torturează moral, fără a reuşi să fie ceea ce era obiectul pierdut, el căutând în zadar unul nou care să fie identic cu cel vechi.

	Sindrom clasic	Variante				
		1	2	3	4	5
s	-	±	-	-	-	±
k	+	+	±	+	+	+
d	+	+	+	±	+	±
m	±	±	±	±	0	±

Deci: caracteristicile constante ale acestui sindrom sunt reacțiile: k-/d+.

Cercetări ulterioare au permis să se completeze acest sindrom cu următoarele reacții: e±, hy+, p-. Sentimentele de ură (e-, hy+) proiectate (p-), se găsesc în mod egal introiectate în Eu (k+) de unde sentimentul de „totală culpabilitate" şi de autodistrugere (s-).
Notă:
- p-: proiecție totală (dublă proiecție).
- k+: introiecție;
- k-: refulare;
- p+: inflație, ambitendințe.

2. Sindromul „hipomaniacal" sau „maniacal":

s+!! k-(!) d0 m-(!) Hipomanie

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
	+			-		-	-
	+			-			-
	+			-			-
				-			-

Acest sindrom reflectă fidel procesele pulsionale ale maniei:

m-: incertitudinea, ambivalența agățării, a dispărut subiectul pierzând total capacitatea de acroşare. El este irevocabil detaşat de valoarea obiectului. El a devenit străin față de lume şi de viață, este aproape de moarte.

d0: (descărcare)**:** această reacție este deja rezultatul consecințelor tragice ale completei detaşări de lumea valorilor obiectuale. Reacția "d0" cuplată cu reacția "m-", adică întradevăr dorința constantă de "a apuca" de ici, de colo, fără măsură şi fără frână, obiectele plăcerii din lume. Aceasta nu este o căutare "fidelă Obiectului", ca în faza de melancolie, unde căutarea obiectului este ghidată spre un scop net prin "idolul" de neuitat al obiectului pierdut. Căutarea subiectului maniac este o cursă precipitată, fără scop précis, nici ideea directoare. Este o cursă nebună semănând cu aceia a subiectului însă pofta de viață, dar care brusc realizează apropierea morții.

k-: din punct de vedere psiho-pulsional, acesta este poate, simptomul cel mai important al sindromului maniac. În faza melancolică, reacția "k+" ne indică împingerea exagerată spre identificarea cu obiectul pierdut, nevoia acută de a-şi face o imagine ideală. În faza de manie, reacția "k+" devine brusc negativă. Acest revilement relevă apariția bruscă a ruinelor "Imagou-lui". Subiectul renunță pe neaşteptate la dorința de identificare cu obiectul, pierzându-şi capacitatea de a

şi-l încorpora pe acesta în Eu-l său. Pierderea capacității de introiectare, de identificare, face subiectul incapabil de a căuta un obiect. El nu are modelul după care se poate pune în căutare.

În timpul fazei de melancolie, există o hiperformație a Imagou-lui. Din contră, faza maniei corespunde lipsei de Imago. Această situație a Eu-lui, lipsit de un model ideal (de Imago) se decelează în test prin inversarea reacției „k" (k+ devine k-). Reacția „k-„ nu semnifică după Szondi triumful Eu-lui asupra Supraeu-lui care torturează subiectul într-un mod tiranic în faza melancoliei (după Freud). Această reacție indică în realitate, incapacitatea de a menține acest model, pentru că subiectul şi-a dat seama că nu va mai putea găsi/regăsi niciodată obiectul pierdut.

Acesta nu este subiectul care, el însuşi într-o „beție" triumfală distruge activ idolul Obiectului pierdut, încomporat în Eu-l său. Aici idolul se afirmă chiar el, pentru că subiectul a pierdut forța care menținea până atunci această imagine ideală în Eu-l său.

S+: agresivitatea foarte ridicată care apare brusc în stările maniacale şi care înlocuieşte tortura de sine întâlnită în melancolie (s-). Îndată ce subiectul simte ce zadarnică este căutarea Obiectului, că de acolo el este rupt irevocabil, că el nu este capabil să găsească un nou Obiect deoarece imaginea ideală a celui vechi este spartă chiar în Eu-l său, atunci agresivitatea se acumulează în el, într-un asemenea grad că nu o va putea niciodată satisface. De unde constanța reacției „s+" cu o tensiune cantitativă foarte ridicată (s=+4, +5, +6).

Variante ale sindromului hipomaniacal

	Sindrom clasic	Variante					
		1	2	3	4	5	6
s	+!!	±	+	+	+	+	0
k	-	-	-	-	-	-	-
d	0	0	-	0	±	0	0
m	-	-	-	±	-	-	-

3.Sindromul apariției stării de Demență

s-!! k0 p0 sindromul naşterii stării de demență

S		P		Sch		C	
h	s	e	h y	k	p	d	m
	-			+			
	-			-	+		
	-				-		
	-						
	-						

Acest sindrom este caracteristic „alterării" unei maladii, unde pacientul iese din prefaza Demenței, de exemplu faza preschizofrenică, pentru a intra în faza confuzională completă, periculoasă pentru cei din jur şi pentru subiectul însăşi.

Semnificația psihodiagnostică a acestui sindrom este cu atât mai mare dacă reacția „s", până atunci slab negativă se întăreşte la maxim (s=-5, -6) atunci când, paralel profilului Eu-lui se goleşte (de exemplu: dacă în locul unui profil Sch+/- sau -/± sau ±/± apare brusc profilul dezintegrării Eu-lui: Sch0/0). În acest moment trebuie analizată cu seriozitate posibilitatea internării bolnavului.

4. Sindromul disociației „schizofrenie paranoidă"Acest sindrom conține disjuncția vectorială 0/- repetată de 3 ori sub următoarea forma:

Sh+!! Pe0 Schk0 Cd0m- Schizofrenie paranoidă

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
+	+	+	+	+	+	+	+
+	-		-		-		-
+	-		-		-		-
+	-		-		-		-
+							

Acest sindrom se analizează cu uşurinţă:

S+!!/-: constituţie sexuală feminină, pasivă, eventual inversiune a scopului sexual.

P0/-: frică proiectată. Subiectul se teme că noi îl credem homosexual, idiot, nebun, criminal, spion, etc.

Sch0/-: regresiune la formele Eu-lui cele mai vechi din punct de vedere a genezei Eu-lui, aceea de Adualism. Eu-l şi lumea se întrepătrund fără limite. Este profilul Eu-lui de Ego mistic, magic, mitic, abia ieşit din ceaţa inconştientului. Proiecţia domină.

C0/-: lumea devine străină; lucrurile şi-au pierdut valoarea lor; solitudine înspăimântătoare.

Trebuie să semnalăm aici că examenul în serie al schizofreniei arată adesea profile inverse în domeniul vectorului „Sch". Acesta este un simptom care a fost observat de Suzane Deri. Profilul Eu-lui „Sch0/-" se transformă şi, la examenul următor, se găseşte „sch-/0" sau profilul „sch+/- „ devine rapid „Sch-/+, etc".

Variantele sindromului de disociaţie al Schizofreniei Paranoide:

	Sindrom clasic	Variante						
		1	2	3	4	5	6	7
h	+	±	+	+	+	+	+	+
s	-	±	-	-	-	-	-!	-
e	0	+	+	+	+	+	+	+
hy	-	-	-	±	-	-	-	-
k	0	0	0	0	+	+	0	0
p	-	-	±	-	-	-	0	-
d	0	0	0	0	0	+	0	±
m	-	-	-	-	-	-	-	-

5. Sindromul „catatonic"

S+!/+! P-/0(0/-) Sch-/0 C-/- Catatonie

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
+	+	+	+	+	+	+	+
+	+	-		-		-	-
+	+	-		-		-	-
+	+	-		-		-	-

Analiza sindromului:

C-/-: ruptura contactului cu lumea;
P-/0: acumulare de ură şi exhibaţie, a atitudinii negative, de exemplu.
Sch-/0: refulare, negaţie (P0/-: delir (frică) al relaţiei senzitive (cretschmer)).
S+!/+!: sexualitate acumulată, agresivitate.

6. Sindromul Ipohondriac (culpabilitate, frică de pedeapsă)

e0 hy-(!) k-(!) p0 Ipohondrie

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	M
+	+		-	-	-	+	+
+	+	-	-	-		+	+
+	+		-	-		+	+
			-	-			
			-	-			

Sindromul ipohondric dă profilului o alură caracteristică. În centrul profilului de la factorul "e" până la "p", se întinde un "T negru" care scoate şi mai mult în evidenţă acumularea pozitivă în domeniul vectorilor "S" şi "C" (S+/+ sau +/0; C+/+ sau 0/+).

Analiză:

P0/-: frică "senzitivă" de a fi pedepsit; anxietate.

Sch-/0: Eu-l care refulează. Pericolul combate dorinţa de a trăi etern, de a nu muri niciodată. Această dorinţă este totuşi respinsă de către Eu (k-) şi evacuată de conştiinţă (p0); ea este proiectată apoi sub forma Eu-lui paranoic care "se dilată în timp" şi care tinde să se întindă, el şi existenţa s-a, în eternitate. De acolo rezultă delirul său, frica de boală va pune obstacole dorinţei lui de a trăi etern. Din punct de vedere psihopulsional, este interesant de a constata că religioşii care trăiesc într-o frică constantă că le lipseşte mântuirea supraterestră, prezintă foarte adesea acest sindrom (la fel cum unii artişti se tem permanent pentru imoralitatea pe care şi-o doresc. Şi aceasta este tot o formă de (paranoia temporală). Într-adevăr se găsesc des ipohondrici printre religioşi şi artişti. Hoţii dau şi ei aceşti sindrom, din frica de a fi condamnaţi. Cercetările ulterioare au relevant şi alte sindroame ipohondrice, după cum este vorba de simptome nevrotice sau psihotice.

Variante ale sindromului ipohondric:

	Sindrom clasic	Variante								
e	0	0	±	+	0	+	-	0	+	-
hy	-	±	-	-	-	-	-	-	-	-
k	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
p	0	0	0	±	±	0	0	+	+	-

Cu **p-**: culpabilitatea este proiectată atunci când există simultan acumulări de afecte brutale.

7. Sindromul obsesional

Acest sindrom este caracterizat de impulsuri de tip obsesional, de compulsii, constrângere.

S±0 P±0 Sch±0 C0± Obsesiv

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
+	+	+	+	+	+	+	+
+	-	+	-	+	-	-	+
-		-		-			-
-		-		-			-

Acest sindrom pune în evidență ambivalența obsedatului în domeniile pulsionale ale factorilor "h", "e", "k" şi "m", deci în domeniile respective: ale bisexualității, ale binelui şi răului, ale mecanismelor de introiectare, de refulare şi de acroşare. În acelaşi timp, el ne arată că obsedatul utilizează mecanismele pulsionale ale sadismului anal ("s" şi "d") ale ceremo câmpului conştiinței ("p").

Variante ale Sindromului Obsesional:

		Sindrom clasic	1	2	3	4	5	6	7	8	9
S	h	±	±	±	+	0	0	0	-	±	±
	s	0	-	-	-	-	-	-	-	0	0
P	e	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
	hy	0	0	0	0	0	0	+	0	0	0
Sch	k	±	±	±	-	0	±	±	±	-	-
	p	0	0	0	0	-	0	0	0	-	-
C	d	0	0	0	0	0	0	0	+	0	+
	m	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±

8. Sindromul „epileptic"

În epilepsie trebuiesc distinse două faze:

- faza care se plasează imediat după criză şi care este decelată de sindromul "post-paroxistic";
- faza intermediară, dintre crize, relevată de sindromul "inter-paroxistic".

a) Sindromul post-paroxistic:

s+!! e0 hy-!! k0 p0

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
	+	+	-	+	+		
	+	-	-	-	-		
	+		-				
	+		-				
	+		-				

Analiza sindromului:

e0: descărcarea nevoii de acumulare a afectelor brutale (ca acelea de ură, furie, coleră, dorință de răzbunare) şi golire bruscă în manieră paroxistică, explozivă.

hy-!!: după descărcare, epilepticul devine foarte pudic, vrând să se ascundă de anturajul său; îi este ruşine. P0/-: poate fi de asemenea interpretat în mod global, ca o frică proiectată: după criză, epilepticul se teme că cei din jur pot râde de el.

Sch0/0: caracteristica stării crepusculare, "stupoare" după criză. Eu-l este încă dezintegrat.

s+!!: constituie o probă în favoarea concepției psihopulsionale, conform căreia criza epileptică este o ieşire de sprijinire pentru a scăpa de pericolul rezultat din nesatisfacerea nevoii de agresivitate extreme de ridicată.

Natura pulsională a epilepticului este foarte asemănătoare cu cea a "criminalului pasional". Epilepticul dă adesea sindromul tipic de criminal (vezi sindromul "9"). Singura diferență care le deosebeşte pe cele două, este aceea că descărcarea se face cel mai adesea prin factorul "e" la epileptic şi prin factorul "s" (cel mai frecvent).

Variante ale sindromului Post-paroxistic:

	Sindrom clasic	Variante				
s	+!!	+	±	0	+	+
e	0	0	0	0	0	0
hy	-!!	-	-	-	-	-
k	0	0	0	0	±	-
p	0	-	0	-	+	±

b) Sindromul Inter-paroxistic

s+! e-! hy-! k-!

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	K	p	d	m
	+	-	-	-			
	+	-	-	-			
	+	-	-	-			
	+	-	-	-			

Găsim acest sindrom atât la epilepticii aflați în faza inter-paroxistică, cât şi la pacienții a căror criză a fost evitată prin medicamente. De aici reacția „e- k-„.

Profilul pulsional al epilepticului, seamănă în această fază cu acela al ipohondriacului. Este frecventă, de altfel, găsirea unor simptome clinice de ipohondrie ca: crampe la stomac, etc.Variante întâlnite:

	Sindrom clasic	Variante		
s	+!	0	±	-
e	-!	-	±	+
hy	-!	±	±	±
k	-!	±	±	±

Mobilitatea factorului „e" este caracteristică.

9. Sindromul „criminalului"

a) Sindromul "criminalului pasional"
e- p-(±) k-(+) m-

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
		-	-	-	+	+	-
		-			+	+	-
		-			+	+	-
					-	-	
					-		
					-		

b) Sindromul "criminalului nemernic" (decăzut)
e- k-(±) m-

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
		-	-	+	-	-	-
		-	-	+			-
		-		-			-
				-			
				-			

Examenul a peste 130 de criminali a permis stabilirea faptului că "E negru al criminalului" reprezintă un aspect tipic de o mare valoare diagnostică a profilului criminalului. În jumătatea negativă a profilului criminalului, nu se văd adesea decât cele 3 reacții.

Criminalul pasional este caracterizat prin profilul Eu-lui Sch0/- sau 0/±, ceea ce semnifică adualismul sau abandonul.

Criminalul dezmățat, din contră, este caracterizat prin Sch±/0 sau -/0, adică profilul de tip obsesional al constrângerii. Trebuie precizat însă: un asemenea profil nu poate impune cu necesitate concluzia că subiectul respective a comis o crimă. Putem cel mult prevedea o predispoziție, un potențial pulsional care poate duce la uciderea unui om, dacă este cazul. O astfel de afirmație este de altfel valabilă pentru toate sindroamele (atenție!!!).

Situații tipice întâlnite:

	1	2	3	4	5	6	7
e	-	-	-	-	-	-	±
k	-	-	-	-	-	-	-
p	-	-	-	-	0	±	-
m	-	-	-	-	-	-	-

Aceste profile corespund unor criminali reali (7 cazuri).

10. Sindromul "Homosexualității pasive"

s- hy- p- d+ m+ Sindromul homosexualității pasive

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
	-	-	-	-	-	+	+
	-		-		-	+	+
	-		-		-	+	+

"Eul negru al homosexualității" este de asemenea caracteristic homosexualității pasive ca şi pentru criminali, cu alte diferențe.

Eul criminalilor: e- k- m- (sau p-)	Eu-l homosexualilor pasivi: s- hy- p-

Sindromul homosexualității pasive are o mare valoare diagnostică. Totuşi, şi aici, sindromul pune în evidență potențialul şi nu manifestarea reală a homosexualității.

Variante date de un homosexual:

1. s- hy- p±;
2. s- hy- p± m±;
3. s- hy- k- p-.

Se găseşte aici alături de "S+/-" (inversiunea scopului sexual şi inversiunea alegerii obiectului: C+/+, +/±, +/0).

Analiza profilului:

S+/-: inversiunea scopului sexual, bărbatul să fie femeie (s-!).

P+/-: pudoarea obligă a se ascunde sentimentele, afectele tandre (hy-).

Sch0/±: sentiment de abandon; Eu feminine.

Sch-/±: sentiment de abandon cu gelozie şi tendință de a se tortura pe sine însuşi.

C+/+; +/-; +/0: legătură bi-obiectuală cu ambele sexe.

11. Sindromul "Uniunii dualiste"

a) Sindromul partenerului care rupe legăturile, cel care abandonează:

k± p0 S-/±,-/+ C+/-

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
				+	+		
				+	-		
				-			
				-			

b) Sindromul partenerului părăsit, abandonat (partenerul pasiv):

k0 p± S+/- C+/+, ±/+, +/±, ±/0

S		P		Sch		C	
h	S	e	hy	k	p	d	m
				+	+		
				-	+		
					+		
					-		
					-		
					-		

Generalități asupra uniunii dualiste

Se întâmplă adesea ca în sânul unei familii să se facă între 2 membrii, cel mai adesea de acelaşi sex (de exemplu 2 frați, două surori, tată şi fiu, mamă şi fiică), un fel de uniune dualistă.

Imre Herman, primul care a descris fenomenul, a numit legătura normală între soacră şi noră „uniune dualistă”. Această legătură dualistă se manifestă printr-un acroşaj reciproc cvasi indisolubil, printr-un fel de dependenţă matură foarte strânsă. Ea rezultă dintr-o intensă nevoie de agăţare, de sprijin. Experienţa arată că, într-o familie, nevoia uniunii dualiste există mai ales printre acei membrii care prezintă înrudire genică foarte strânsă, conţinând maladia ereditară existentă în familia respectivă. Este vorba, cel mai adesea de o maladie schizofrenă.

Indivizii predestinaţi unei uniuni dualiste conservă deci în patrimoniul lor genetic (sub formă latentă), un complex de gene care condiţionează maladia eredo-degenerativă familială. Această uniune genică uneşte partenerii printr-un liant care depăşeşte cu mult liantul familial de consangvinitate amintind mai mult de o legătură pasională devotată, adesea chiar o legătură o legătură homosexuală (pasiune).

În astfel de uniuni dualiste, unul dintre parteneri joacă totdeauna rolul activ de tutore, celălalt fiind pasiv, având nevoie de sprijin. Menţinerea acţiunii dualiste se loveşte de mari greutăţi ca şi cea rezultată din dorinţa unui partener (de regulă cel care are rol de mamă) de a-şi căpăta independenţa (pentru a sărbători, pentru profesie, etc). Cel care acordă sprijin caută atunci să se detaşeze de partenerul său pasiv. Drama se iveşte în viaţa lor pulsională. Boala până atunci latentă la partenerul pasiv, devine atunci manifestă; boala ale cărei existenţe erau până acum satisfăcute de cele genotropice, în uniunea dualistă (genotropism=atracţie între două persoane care posedă în echipamentul lor genetic gene latente identice sau asemănătoare). Această satisfacere genetică a orientat tendinţele patologice spre calea utilizării sociale. De aceea prăbuşirea uniunii dualiste, apare adesea la partenerii pasivi ca o paranoia sau schizofrenie paranoidă. Acesta este destinul obişnuit al partenerului părăsit din uniunea dualistă. Destinul partenerului care se desprinde, după separare ia de asemenea, de cele mai multe ori, o alură patologică, mai ales sub forma unei nevroze, decât a unei psihoze. După apariţia maladiei mentale la partenerul părăsit, cel care s-a detaşat începe să se tortureze cu idei de autoacuzare şi alte idei obsesionale. Prăbuşirea uniunii dualiste atrage după sine şi „prăbuşirea psihică” a partenerilor psihici.

Unul face o nevroză obsesională, celălalt o schizofrenie paranoidă şi-l acuză pe primul. Profilele Eu-lui partenerilor după sfârşitul uniunii dualiste, traduce cu exactitate destinul pulsional al fiecăruia în parte.

Partenerul dualist care rupe legătura dă cel mai adesea o reacţie „k±„ cu „p0”. Acest profil indică că acest partener se comportă activ în ce-l priveşte pe celălalt. El face eforturi pentru a pune capăt legăturii dualiste. Reacţia „k+” a partenerului activ arată că el caută să-şi orienteze destinul pulsional într-un sens social.

De exemplu el se face psihiatru, atunci când cel părăsit devine schizofren. Dar această detaşare activă nu reuşeşte întotdeauna total. Partenerul activ nu este totdeauna capabil să socializeze în profunzimea sa totală energia nevoii sale de acroşare. Energia ne investită a acestei nevoi este derivată atunci în reprezentări obsesionale.

Există parteneri ai uniunii dualiste care se acuză că au provocat boala celuilalt prin forţele despărţirii. Din acest motiv găsim la partenerul activ o reacţie „k±„ cu „p0”. Profilul Eu-lui acestui partener este format din două părţi: una este „k+”p0” care corespunde profilului de Eu „operatoric” (vezi analiza Eu-lui). Altfel este „k-/p0”: este Eu-l care refulează. În acelaşi timp, sunt găsite destul de frecvent profile ale partenerului activ de forma „Sch±/+” şi „±/+”. Partenerul părăsit arată în test cel mai adesea profilul invers faţă de partenerul activ, adică: „k0/p±„. Reacţia „p0/k0” reprezintă profilul adualismului (vezi descrierea profilelor Eu-lui). Aceasta semnifică că partenerul părăsit aspiră cu ardoare la o legătură (uniune) completă cu celălalt şi doreşte o uniune dualistă de tip infantil. Reacţia „p+” semnifică că nevoia de fuziune a declanşat la el influenţa psihică. Reacţia „p+” relevă în acelaşi timp influenţa paranoidă în cazurile patologice.

Variante ale sindroamelor partenerilor „care rup legătura” şi a partenerilor „abandonaţi”:

	Parteneri activi		Parteneri pasivi	
	Sindrom	Variante	Sindrom	Variante

	clasic				clasic			
k	±	±	±	+	0	+	-	0
p	0	+	-	0	±	±	±	+

12. Sindromul „Sinucigaşului”

k- p± d- m-

S		P		Sch		C	
h	s	e	h y	k	p	d	m
+	+	+	+	-	+	-	-
+	+	+		-	+	-	-
+	+				-	-	-
+					-		-
					-		

Acest sindrom prezintă un grup de simptome care permit decelarea în timp, dispoziţiile, “preparativele psihice” ale tentativei de suicid. Profilul pulsional al candidatului la suicid este caracterizat prin faptul că jumătatea superioară a profilului diminua progresiv de la h până la m în timp ce partea inferioară creşte.

Particularitatea acestui profil rezidă în profilul vectorial “Sch-/±“ şi “C-/-. “Sch-/±“ corespunde Eu-lui gelos vindicativ care se torturează singur, părăsit. Subiectul îşi îndreaptă agresivitatea către sine căci el nu şi-o poate satisface împotriva celui care l-a abandonat. “C-/-“ indică ataşamentul ireal la ceva care este total pierdut pentru cel în cauză; “m-“ indică starea de solitudine plină, de amărăciune, “d-“ arată fixarea persistentă, indisolubilă, ireală la obiectul pierdut. Chiar această legătură ireală conduce, în fine, la ideea de suicid. În profilul sinucigaşului se distinge clar ceea ce se numeşte “blocul irealităţii” (k-; p-; m-), a cărei semnificaţii a fost pusă în lumină de Franz Merei. Un astfel de profil indică totuşi numai intenţia de suicid, şi nu realizarea lui. Indivizii care au încercat gestul, dar sunt încă în viaţă – infirmi sau bolnavi, uneori – numai dau acest sindrom de suicid. Ei doresc să-şi continuie viaţa cu toată infirmitatea sau boala lor şi dau prin urmare un profil pulsional mult diferit de precedentul.

Elementele caracteristice ale subiectului care revine la viaţă sunt:

- profilul schimbat al Eu-lui (Sch0/0) sau acela al Eu-lui care se adaptează prin refulare: “sch-/0”.
- Profilul pulsional al legăturii obiectuale ale aceluia care caută un nou partener: “C+/-; +/+; +/0” sau uneori “C0/-“, reacţie hipomaniacală.

II. Sindroame psihologice

Sindroamele psihologice se referă la situații pulsionale care nu sunt cuprinse în regula generală, ca

- aceea de a aparține unei vârste bine determinate.
- În tipuri determinate de character
- În categorii umane de un tip superior, de exemplu la subiecții umanizați

1. Sindromul "onasismului"

a) Sindromul angoasei:
S+!/+! P-!/-!

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
+	+	-	-				
+	+	-	-				
+	+	-	-				
+	+	-	-				

b) Sindromul ipohondriei la onanist:
S+!/+! P0/- Sch-/0

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
+	+	-	-	-	-		
+	+		-	-			
+	+		-	-			
+	+		-	-			

S+!/+!: pericol pulsional sexual.
P-!/-!: panică.
e0 hy- k- p0=sindrom de ipohondrie, sentimente de culpabilitate.

2. Sindromul „Obsesiei de a fi pus în afara jocului":

Termenul se foloseşte mai ales pentru femeile ajunse la vârsta menopauzei, atunci când ele se tem de bătrânețe şi că nu vor mai putea fi plăcute.

S+!/+! P0/-, C+/+!

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
+	+	-	-			+	+

+	+		-			+	+
+	+		-				+
+	+						+

Analiză:
S+!/+!: pericol pulsional sexual mai ales cu o nevoie ridicată de tandrețe, “h=+4, +5, +6”.
P0/-: frică proiectată. Această femeie aflată la vârsta critică se teme că noi o vedem deja bătrână, incapabilă de muncă, senilă.
C+/+: legătură bi-obiectuală, adesea bisexuală, frecventă la această vârstă.
Sau **C0/0**: dorință internă de a rămâne mereu în preajma obiectului iubit.

3. Sindromul “senilității”

a)Forma paranoidă:
s-! p-!! d+ m+

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
	-			-	-	+	+
	-				-	+	+
	-				-	+	+
	-				-		
					-		

Analiză:
s-!: inactivitate, pasivitate. Întoarcerea agresivității spre sine însuşi. Este propriul său călău.
p-!!: puseu de protecție (în creştere la bătrânețe). Exemplu: ideea delirantă că poate fi mereu furat.

b) forma regresivă, infantilă
h0 s0 k0 p-!! d+ m+

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
+	-			-	-	+	+
					-	+	+
					-	+	+
					-		
					-		

Analiză:
S0/0: sexualitate infantilă sau asexualitate.
Sch0/-!!: adualism. Eu-l şi lumea se amestecă lent una cu alta. Stări crepusculare senile.
C+/+: legătură bi-obiectuală; perturbarea concentrării.

4. Sindromul celor care se simt nefericiți sau că nu li se "redă" fericirea:

k+ p0 d0 m+ sindromul subiectului nefericit

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
				+	+	+	+
				+	-	-	+
				+			+
				-			-
				-			-
				-			-

Analiză:
d0/m+: subiectul nu caută un obiect nou (d0). El se agață de cel vechi (m+).

d0m-: în acest timp subiectul este într-o stare de solitudine hipomaniacală.
k0/p0: formarea Imago-ului. Introiectarea obiectului pierdut. Tentativă de evacuare în afara câmpului conştiinţei a sentimentului de abandon, de izolare.
k-/p0: Constituirea Imago-ului eşuează, subiectul devenind inhibit şi luptă împotriva sentimentului de inferioritate.
Acest sindrom este cel mai adesea dat de subiecţii care au avut un menaj sau o dragoste nefericită. El constituie, în acelaşi timp o parte a "Sindromului Obsesional".

Variante întâlnite:

	Sindrom clasic	Variante			
k	±	±	±	±	±
p	0	+	-	0	0
d	0	0	0	+	-
m	±	±	±	±	±

5.Sindromul dorinţei de „a se da în spectacol":

h± s0 e0 hy±

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
+	+	+	+				
+	-	-	+				
+			+				
-			-				
-			-				
-			-				

Analiză:
h±: ambivalenţă faţă de nevoia de tandreţe. Subiectul încearcă tandreţe faţă de un Obiect determinat, dar, în acelaşi timp el încearcă să-şi socializeze nevoia printr-o activitate culturală.
S±/0: tentative de a socialize bisexualitatea şi brutalitatea (s0).
hy±: subiectul este împins să "se dea în spectacol", să se arate "gol", însă îi este ruşine.
P0/±: o presiune cu plângere şi lamentări. Subiectul dă în spectacol durerea sa, lamentările sale. Acestea sub această formă socializată care îi satisface nevoia pulsională de "a se arăta gol".
Variante:

	Sindrom clasic	Variante			
h	±	±	±	±	±
s	0	+	-	0	0
e	0	0	0	+	-
hy	±	±	±	±	±

6. Sindromului "Paiaţei" sau "Clovnului":

S+/± Sch0/0 C0/-!

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m

+	+			+	+	-	-
+	+			-	-		-
+	-						-
	-						-

Experimentul relevă deci destinul paiaţei sau clovnului de circ, ca şi a celui din societate.
S+/±: trecerea de la viaţa reală la viaţa ireală caracteristică subiectului care trăieşte sau a trăit într-o uniune sado-masochistă şi nefericită. Imposibilitatea de a suporta această relaţie l-a constrâns să se refugieze în irealitate şi să mimeze veselia.
Sch0/0: Transformarea Eu-lui, schimbarea acestuia, comedie. Acela care se ascunde în spatele comediei va fi demascat prin vectorul "C".
C0/-!: solitudine atroce, sentiment de abandon. Detaşare de lumea valorilor obiectuale; hipomane reacţională.

7. Sindromul rivalităţii:

p+! d+!! m±,0,-

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
					+	+	+
					+	+	+
					+	+	-
					+	+	-
						+	

Acest sindrom este în general factor reprezentant al aşa-zisei clase **"Cd+"**, deci al clasei "eternilor rivali". Amintim că caracteristica majoră a acestei clase este faptul că ei intră în rivalitate cu toate persoanele cu care reuşesc,neavând importanţă în ce domeniu.
Voinţa reuşitei apare în reacţia **"p+"** şi căutarea perpetuă a domeniului în care reuşita este posibilă, **"d- sau ±"**. Aceştia sunt subiecţii care sunt detaşaţi de Obiectul primar, ei fiind abandonaţi (vezi descrierea clasei "Cd+).

8. Sindromul "Umanizării". Simptomele umanizării pulsionale:

h- s0,- e+! hy- k± p+!,± d- m-,±

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
-	-	+	-	+	+	+	+
-		+	-	+	+	-	-
-		+		-	+	-	-
		+		-	+		

Umanizarea sexualităţii:

- **h-:** tandreţe universală, către colectivităţi, dragoste de viitor, nevoia de cultură.
- **s0/-:** "atitudine cavalerească", faţă de colectivitate, nevoia de civilizaţie.

Sistemul de cenzură care ia poziţie:

- **e+:** dorinţa de justiţie universală, toleranţă. Cenzură etică interioară (bine şi rău).
- **hy-:** pudoare sociale, discreţie, modestie. Cenzură morală exterioară (ce este permis sau interzis de societate, etc).
- **k±:** identificare introiectivă cu adaptare. Cenzură realizată asigurând apărarea intereselor.
- **p+:** cenzură spirituală.

Umanizarea pulsiunilor de contact şi a principiului plăcerii:

- **d-:** renunţare.
- **m-:** capacitate de a se detaşa de o persoană, familie sau grup pentru a se consacra singur unei idei, umanităţii.

Analiza „Sindromului umanităţii se loveşte de dificultăţi care sunt în primul rând de natură conceptuală.În lumina cercetărilor asupra pulsiunilor se poate da un nou conţinut conceptelor de „omenie" şi „umanism (umanitarism şi umanism).

Umanitarismul este un destin pulsional foarte rar întâlnit la anumiţi oameni superiori şi se poate caracteriza prin următoarele:

- dintre perechile antagoniste ale dispoziţiilor ereditare uman-inuman existente în fiecare om, Eu-l subiectului alege mai ales componenta umanizată.
- „spiritul" acestor subiecţi revarsă „umanitarism".

Umanismul este curentul spiritual care difuzează umanitarismul. Vom numi formă „umanizată" a unei nevoi, variantele care se exercită totdeauna în favoarea colectivităţii.

Variantele non-umanizate sunt, din contră, nevoi care se opun intereselor colectivităţii.

Alegerea între variantele uman-inuman, care se găsesc în fiecare individ se face prin intermediul Eu-lui, dar există şi alte forţe care ghidează această alegere (de exemplu dispoziţii generale). La aceasta se adaugă faptul că Eu-l însuşi depinde de factori complecşi, în parte ereditari, în parte achiziţionaţi. Deci umanizarea are şi o condiţionare genetică, nefiind numai rezultatul „sublimării" exigenţelor „non-umanizate". Iată cum arată perechile pulsionale văzute sub aspectul „umanizării" sau al „non-umanizării":

Reacţia nevoii non-umanizate	**Reacţia nevoii umanizate**
h+: tandreţe al cărei obiect este întotdeauna o persoană determinată sau o familie, o religie, o clasă socială, o rasă.	**h-:** tandreţe „universală" având ca obiect întreaga umanitate; dragoste de viitor şi faţă de ansamblul oamenilor.
s+: agresivitate, eventual sadism, faţă de persoane determinate, familie, etc.	**s-:** spirit cavaleresc faţă de umanitate; spirit de sacrificiu; umilinţă.
e-: acumulare de furie, ură, injustiţie, faţă de o persoană, familie, etc.	**e+:** spirit de justiţie universală, toleranţă universală; cenzură etică interioară.
hy+: înclinaţie de a se da în spectacol fără pudoare.	**hy-:** pudoare socială, modestie, cenzură morală exterioară.
k+: autism, egoism, egocentrism, narcisism.	**k-:** formarea idealului şi adaptarea la colectivitate. Cenzură realistă asigurând apărarea intereselor.
p-: tendinţă de a acuza o persoană, familie, rasă, clasă, naţiune determinată.	**p+:** extinderea idealului şi adaptarea la colectivitate; cenzură realistă asigurând apărarea intereselor.
d+: dorinţa de a câştiga pe cheltuiala altuia; cupiditate.	**d-:** renunţare în favoarea tuturor oamenilor.
m+: agăţare specifică de o persoană, familie, clasă, rasă, popor (bine determinat). Incapacitatea de a se ataşa de colectivităţi umane.	**m-:** detaşare faţă de o persoană, clasă, popor, etc.

Câteva forme de umanizare:

a) „Umanism" activ masculin, militant.
Particularităţile fenomenologice:

- aceşti subiecţi aspiră sever şi chiar în mod agresiv pentru ei şi viitorul lor, la un scop foarte înalt, adesea supra uman.
- aceştia sunt civilizatori, puritani, apărătorii noii culturi, combatanţi sinceri gata de a muri pentru idealul lor (care poate fi religios, moral sau etic, social, ştiinţific).

Exemplu: Dostoievski.

Sindrom experimental (variante):

	Sindrom clasic	Variante		
h	-	-	-	-
s	0	0	0	0
k	±	±	0	0
p	±	+	0	+
d	-	-	-	-
m	-	-	-	-

S		P		Sch		C	
h	s	e	h y	k	p	d	m
-	-			+	+	-	-
-				+	+	-	-
-				+	+		
				-	-		
				-	-		

b)"Umanism" pasiv, feminin:
Particularităţile fenomenologice:

- aceşti subiecţi încearcă ameliorarea viitorului lor printr-un ataşament matern şi prin sfaturi de tandreţe. Sunt dirijori ai conştiinţelor, blânzi, gata de sacrificiu, înţelegând şi iertând totul.

Exemplu: Pestalozzi.

	Sindrom clasic	Variante		
		1	2	3
h	0	0	0	-
s	-!	-!	-!	-!
k	+	+	0	+
p	+	+	+	+
d	-	-	-	-
m	-	+	-	+

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
-	-			+	+	-	-
	-			+	+	-	-
	-			+	+	-	
	-				-		
					-		

c) "Umanismul" antic pătruns de elenism:

Fenomenologie:

- aceşti subiecţi sunt admiratori pasionaţi ai culturii antice.
- Ei disprețuiesc limba, cultura, religia, artele şi politica lumii moderne.
- Idealul lor este de a se reduce pe ei şi viitorul lor la modelele Dumnezeului şi omului antic.
- ei "exhumează" limba, religia, arta şi filozofia antică devenind apărătorii lor.

Exemplu: Folderlin.

	Sindrom clasic	Variante		
		1	2	3
h	+	+	±	±
s	-!	-	-	-
k	+	0	+	0
p	+!	+	0	0
d	+	+	-	+
m	+	+	+	+

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
+	-			+	+	+	+
+	-			+	+	+	+
	-				+		
	-				+		

d) "Umanismul" celor care-l caută pe Dumnezeu sau "umanismul" religios (homo sacer):

Fenomenologe:

- subiecţii îşi pregătesc viitorul lor supraterestru în lumea de dincolo, cu ajutorul predicilor de natură fanatică şi adesea bigote.
- Ei proclamează deşertăciunea intereselor terestre, "îmblânzesc urâciunea demonicului care sălăşluieşte în om" şi luptă pentru renunţarea şi dominarea de sine.
- Dispoziţie spre ascetism. Ei resimt continuu tentaţia demonului şi îi dojenesc mereu pe apropiaţii lor pentru maniera lor de a ajuta lupta între Cain li Abel, între demon şi înger.

Paradigmă (model, exemplu): Tolstoi.

	Sindrom clasic	Variante		
h	-	-	-	-
s	+	0	0	-
e	+	±	+	+
hy	-	±	±	+
k	+	+	±	0
p	+	±	±	0
d	-	-	-	-

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	D	m
-	+	+	-	+	+	-	-
-	+	+	-	+	+	-	
-		+	-		+	-	
					+	-	
					+	-	

III. Sindroame caracterologice

Termenul de caracter are conform autorilor diverse semnificații: „voință morală”, sinonime cu personalitatea (la L. Klagea), etc. În virtutea concepției care stă la baza „Analizei destinului”, caracterul este definit ca „amprenta specifică a destinului pulsional asupra Eu-lui. Destinul nevoilor celor mai diverse se poate manifesta sub forme variate, conform domeniului în care existența este satisfăcută. Subiectul poate satisface la un moment dat o trebuință într-o manieră nativă, altădată sub o formă socializată (în profesie). O altă cale rezidă în transformarea exigenței pulsionale în simptome nevrotice, psihotice sau criminale. A patra modalitate de satisfacere a unei trebuințe periculoase, poate fi alegerea în dragoste sau în prietenie. Există însă o posibilitate a destinului pulsional care are o importanță capitală pentru subiect, aceasta este introiecția, încorporarea nevoilor pulsionale periculoase, în Eu, în personalitate, în caracter.

Caracterul poate fi deci considerat ca un destin pulsional, adică un domeniu specific de satisfacere a pulsiunilor. Tot aşa cum o nevroză sau o psihoză reprezintă o formă de satisfacere deformată a nevoilor pulsionale şi un caracter determinat sau o trăsătură particulară de caracter nu este altceva decât o formă personificată „ego-friată” a unui destin pulsional determinat.

Caracterul este deci masa vizibilă prin intermediul căruia pulsiunile invizibile, ancestrale ne fac auzite vocile lor. Astfel, caracterul nu este decât o „figură” prin ea însăşi, fără viață, tot astfel cum este o mască. Dar vocea care sună prin intermediul caracterului aparține pulsiunilor. Subliniem că prin calcularea clasei şi a formulei pulsionale se poate de asemenea analiza caracterul într-o manieră mai apropiată.

Tabelele care urmează nu trebuiesc niciodată folosite ca o „cheie a vizelor”, ci servesc numai ca ghid. Trebuie mereu confruntate aceste axiome cu alte date obținute în profil (date care nu figurează în aceste tabele), numai astfel decelându-se semnificația caracterială. De asemenea, trebuie reținut că aceleaşi reacții pot căpăta semnificații deosebite într-un complex nevrotic, psihotic, psihopatic sau criminal. În fiecare caz, trebuie să se înțeleagă, semnificația de ansamblu a sindromului.

Exemplu: la o prostituată reacția „S-/-„ nu semnifică refuzul dăruirii tandreții (s-); ea se distruge. În acest caz ceilalți factori vor căuta o slăbiciune a Eu-lui şi a sistemului de cenzură.

* Vectorul sau factorul pulsional predominant

*	**Trăsături particulare ale caracterului**	Simptome experimentale							
		h	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**
h	1. Sentimente materne, tandrețe, căldură, dragoste oblăduitoare fuzionantă	+		+			+		+
	2. Umanizare spirituală; subiect deschis spre cultură; tandrețe „universală”, umanitară	-				±	+		
	3. Luptă între dragostea individuală şi cea „universală”	±					0		
	4. Tandrețe infantilă	0				0			
		h	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**
s	5. Vitalitate, gust pentru acțiune, spirit întreprinzător		+			+		+	
	6. Combativitate, cruzime, agresivitate, spirit distructiv, sadism (catanism sado-maniac)		+!!	-				+ 0	- -
	7. „Călăul gânguritor”	0	+	-	+			-	+
	8. Sado-masochism		±		0 0	0 0	+ -	-	+ +
	9. Sadism anal; gust pentru critică; sarcasm; ironie		+ 0			-	+ -	+ 0	
	10. Bizarerie, manierisme	0	±						
	11. Spirit de sacrificiu, spirit cavaleresc; umilință	0	-!			0	+		
	12. Supunere; subalternitate, servilism	0	-!			-	-	0	+
	13. pasivitate, masochism		-!!		-	0	+	+	+

						0	±	±	+
	14. Subiecţi purtători ai civilizaţiei		-			±	+		
S	15. asexualitate; abstinenţă	0	0					0	0
	16. sexualitatea normală a omului mijlociu	+	+			-	-	0	+
S	17. sexualitate sublimată (eros celest)	-	-			+	+	-	
	18. bărbat efeminat cu inversiunea scopului pulsional	+	-			0	±	+	+
	19. femeie virilizată cu inversiunea scopului pulsional	-	+			± +	0 0	+	+
	20. sexualitate infantilă	0 +	0 0			+ +	- +	-	+
	21. bisexualitate	±	±					+	+
	22. homosexualitate pasivă la bărbaţi homosexualitate activă la femei	+ -	0- ±	+ -	- +	0 ± 0	± 0 0	+ +	+ +
Afectivitatea şi caracterul		**h**	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**
e	23. bunătate, blândeţe îngenuitate, compătimire, milă		-	+				-	
	24. simpatie milă; participare la fericirea altuia; bunăvoinţă; capacitate de a lua parte		-	+			+		+
	25. toleranţă, răbdare		-	+		+	±	-	
	26. conştiinţă etică; sentimentul datoriei		-	+		± +	± +		
	27. prietenie; devoţiune		-	+	-	0 ±	+ ±		+
	28. spirit de justiţie; patosul adevărului; patosul eticii	-	-	+		±	+	-	
	29. răutate: furie, ură, coleră		+	-		+ ±	0 -	+	
	30. dorinţă de răzbunare; tendinţă de a se bucura de nenorocirea altuia		0	- !	+	-!	±	+	-
	31. invidie; gelozie			-		-	±	-	-
	32. absenţa milei, compătimirii, răceală afectivă	0	+	-	+	+	-	+	-
hy	33. nevoie internă de a se pune în valoare				+	+			
	34. dragostea pentru decoraţii; nevoia de aprobare				+	+			
	35. dorinţa internă de a fi plăcut; cochetărie	+	0/±	±	0			0 +	0 +
	36. dorinţa de a se face iubit, de a fi popular			+	+	+		-	+
	37. pudoare				-				
hy		**h**	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**
	38. ascundere				-	-	-		
	39. lume imaginară, ireală				-!	+	-	-!	+
	40. mincinos	+!		0	-!	+ +	0 ±	0 ±	± +
P	41. Abel integral			+	-	-	+		
	42. Cain integral			-	+	+	-		
	43. „maree” puternică de afecte; furtună de motive (Kretschmer)			+	+				
	44. calm plat al afectelor			0	0				
	45. frică			- 0	0 -				
	46. panică			-	-				
	47. lamentare			0	±				
	48. tendinţe etice; umanizare etică		-	+				-	
	49. subiect fără tendinţe etice		+	-				+	
Eul şi caracterul		**h**	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**
k	50. dileme etice			±	±	0	0		

	51. nevoia de a se ascunde; tendință spre auto observare	±	0	±	0	+ ±	0 0	0	±
	52. prozaism, indiferență, răceală, duritate, severitate		0 +			+	0	+	-
	53. nevoia de a se cunoaşte, de a şti; proeminența rațiunii	-	-			+	0		
	54. dragoste pentru formă, pentru logică; raționalism					+	0		
	55. tendință la uniformitate; conformism		-			+ ±	0 0	0 0	± +
	56. răceală afectivă, incapacitate de a lua parte, lipsă de „inimă” şi de pasiune; viață plată		0	-		+ ±	0 0		-
	57. egoism		+		-	+!	0	+!	-
	58. egocentrism				+	+	0	-	+
	59. idolatrie de sine, narcisism				+ 0	+ +	0	-	
	60. tartuferie; ipocrizie	-	± 0	±	-	+	0	±	-
	61. spirit întreg, dârzenie, autism, voința de a decide prin sine, absența adaptării la realitate (p- d- m-: blocul iresponsabilității)		0	0	+	-	-	-	
	62. mândrie; nevoia de a fi apreciat; vanitate; suficiență				+	+	+		
	63. capacitatea de formare a idealului					+	±	+	+
	64. incapacitatea de formare a idealului					- -	± -	0	-
	65. adaptare la realitate	+	+	+	+	-	-		
	66. refulare; inhibiție	-	-			-	0		
	67. impulsuri obsesionale cu sentimentul de a fi nefericit					±	0	0	±
p	68. caracter pasional; predispoziție la adorație; venerație; entuziasm extatic; participare; patos; a fi „posedat”		-			0	+!	-	+
	69. ambitendințe; inflație psihică	±	±			0	+!	±	±
		h	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**
p	70. voință de supremație; sentimentul rangului său; dorință de dominație; caracter dictatorial; autoritarism	+ 0	0 +				+!	+	-
	71. supraestimarea valorii proprii; grandoare; aroganță; prezumptiv		+! +	- -	+!	0	+!!	0	-
	72. rivalitate; flecăreală; dorința de a părea important (a se/a fi)						+	+	
	73. subestimare de sine; nesiguranță; micromanie		+!	+	-	0	-!	-	+
	74. propriul său călău; întoarcerea agresivității către sine; idei de suicid (p± d- m-: blocul irealității)		-!	0	-	-	±	-	-
	75. prudență, circumspecție, vigilență; căutarea unui țap ispăşitor		0			± ±	± +	0	+!!
	76. susceptibilitate; tendința de a lua totul în rău; ranchiună; lipsă de spirit conciliator; resentimente		-	0	-	- -	0 +	- 0	
	77. invidie; gelozie; tendința de a se bucura de nefericirea altuia		+ 0	-	+	-	±		
	78. spirit de discordie; umor certăreț; gust bătăios		± 0	0	-	+ ±	-! ±		
	79. idei interpretative ale „senzitivilor” (Kretschmer)			0	-	+ +	+ ±	± ±	
	80. stare crepusculară a Eu-lui; contemplație, meditație; atracție pentru ocultism; misticism					-	0		
Sch	81. maliţiozitate, viclenie, şiretlic			0	-	- ±	0 +		
	82.spirit de opoziție; îmbufnare; tendință de a avea mereu dreptate; gândire autistică, indisciplinată, ireală					+	-		

	83. Eu-l inhibat, constrâns, gândire tip „ochelari de cal”					-	0		
	84. luptă împotriva posesiunii, contra ambitendinţelor şi inflaţiei; autocontrol					-	+		
	85. Eu-l care se torturează; gelozie	-		+		-	±		
	86. îndârjire în muncă intelectuală					±	+		
	87. Eu-l dresat, blând, gândire capabilă de adaptare, iraţională dar realistă					-	-		
	88. Eu-l hipertrofiat; pericolul Eu-lui; gândire de „răscruce”; dificultăţi de decizie; ambitendinţe					+	+		
	89. Eu-l posedat; gândire intuitivă de inventator					0	+		
	90. Eu feminin abandonat; „posesiune” cu protecţie					0	±		
	91. Eu-l profesional; şarlatanism; gândire realistă în serviciul intereselor profesionale, raportând totul la el însuşi					+	0		
	92. Formarea idealului cu adaptare; Eu-l masculin; dispoziţie spre constrângere					±	0		
	93. nevoia de libertate, de a fi autonom şi independent, libertate de gândire					±	-		
	94. sentiment de abandon cu idealizarea persoanei care a abandonat					+	±		
	95. Eu-l foarte diferenţiat; tentativă de integrare a tendinţelor pulsionale antagoniste; frână a Eu-lui întinsă la maxim; presentimentul catastrofei	-	-			±	±		
	96. schimbarea Eu-lui; comedie; pierderea temporară a conştiinţei de sine, subiecţii jucându-se prin varierea Eu-lui					0	0		
Pulsiunile de contact şi caracterul		**h**	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**
d	97. fidelitate, sinceritate							-	
	98. căutare eternă a unui nou obiect; fler; „nasul în vânt”							+	
	99. infidelitate							+	
	100. căutare eternă a mijlocului de a-şi lărgi Eu-l; spirit de rivalitate						+	+	
	101. voinţa de a poseda; spirit de achiziţie; nevoia de a economisi, de a colecţiona; cupiditate şi avariţie						+ ± +	+ - -	
	102. prodigalitate (risipă)		-			-	±	+/ 0	
	103. plăcerea de a renunţa; liberalitate			+			+	-	
	104. încredere oarbă, credulitate			+			+	-	+
	105. conservatorism; ataşament extrem la experienţă, la deprinderi							-	0
	106. cursă nebună după toate obiectele; instabilitate		+			-		0	-
	107. tendinţa de a critica		0	-	+			0 +	
	108. disforie, descurajare		-			+		+	±
m	109. nevoia de a se agăţa, de a se simţi acceptat; căldură; securizare								+
	110. cultul frumosului; simţ artistic		+				(-)	+	+
	111. dominanţa principiului plăcerii; înclinare spre amuzament	+	+						+
	112. plăcerea vieţii; umor (capricios)							0	+
	113. solitudine, detaşare de lume; agitat(ă) într-o lume unde se simite străin							0	-
C	114. contact infantil cu lumea; curiozitate							0	0
	115. contact adult cu lumea							0	+
	116. frica de a pierde obiectul							0	+!
	117. fidelitate; subiect pe care se poate conta; atenţie bună							- -	+ 0

	118. infidelitate; subiect pe care nu se poate conta; atenție slabă							+ 0	- -
	119. dragoste incestuoasă					0 0	+ ±	-	+
	120. dilema contactului, perturbare a concentrării							±	±
	121. lipsa contactului								-
	122. relații realiste cu lumea	+	+			-	-	0	+
	123. relații ireale cu lumea	-	-			+	+	-	-
	124. relații biobiectuale cu lumea							+	+
	125. sentimentul de a fi fericit					0	+	0	+
	126. sentimentul că este nefericit					±	0	0	±
	127. lipsa de frână, de măsură, de susținere și de reținere		+					0	-
	128. predispoziție la narcomanie		-	0	-	-/ -	±/ +	+	-
	129. predispoziție la alcoolism	+ ±	- -	- 0	+ +	0 -	±/ + 0	0/ 0 -	-
	130. manie, hipomanie	+	±	0	-	±	0	+! !	0

CAPITOLUL VIII – Psihodiagnostic special

Conținut:

- Structura şi funcțiile Eului
- Psihologia Eului
- Profilele şi mecanismele Eului
- Mecanismele Eului în lumina experimentului p.
- Descrierea profilelor pulsionale
- Destinele pulsiunilor şi destinele Eului

Structura şi funcţiile Eu-lui

I. Structura Eu-lui

Din punct de vedere structural, domeniul conştiinței se compune din:

- Conştiința perspectivă a cărei substanță o constituie senzațiile şi reprezentările venind din lumea exterioară prin intermediul aparatelor senzoriale.
- Conştiința nevoilor (sau a dorințelor) a cărei substanță o constituie dorințele condiționate de factori ereditari pulsionali.

Inconştientul se compune la rândul său din două mari „compartimente”:

1. Într-unul se găsesc exigențele ancestrale numite „Egoide”. Se poate spune în mod figurat că aici este „sala de aşteptare” a tendințelor noastre ancestrale (p-) deoarece conțin toate trebuințele şi dorințele ancestrale transmise ereditar, care nu se vor putea manifesta niciodată în viața noastră pulsională sub forma lor originală, negativă. Aici sunt cuprinse genele familiale, etnice, mergând până la „Adam şi Eva”, trecând prin „Cain şi Abel”. În acest punct, Analiza Destinului recuperează doctrina lui Jung. Inconştientul familial existent printre exigențele ancestrale, îns[niciodată manifestate în noi, constituie domeniul proiecției (p-). Aceste exigențe familiale caută să atingă limita inferioară a conştiinței noastre. Acesta este planul sau domeniul inflației (p+) sau planul conştiinței dorințelor. De aici, o parte a exigențelor pulsionale pot reuşi să intre în conştiință.

2. Al doilea compartiment al inconştientului este inconştientul individual. Pe ultimul plan se adăpostesc nevoile pulsionale care s-au manifestat deja în noi, dar care au fost refulate sub influența

forţelor exterioare sau interioare (k-). Se poate spune că, aceasta este închisoarea nevoilor arhaice care nu au putut fi acreditate şi au fost refulate. Primul plan îl constituie domeniul introiecţiei care include (incorporează), atât unele exigenţe pulsionale, cât şi reprezentări şi percepţii venind din lumea exterioară (k+). Exigenţele refulate pot încerca din nou să se manifeste, prin intermediul canalului de proiecţie. Acesta este circuitul tendinţelor pulsionale în inconştient.

II. Funcţiile Eu-lui

Fiecare fiinţă umană are în ea nevoi genice specifice, tendinţe de a face conştiente aspiraţiile care se disimulează în inconştientul familial. Această nevoie de a determina conştientizarea aspiraţiilor pulsionale inconştiente este condiţionată de factorul „p", veritabilul „factor creator de Eu". El caută să lărgească conştiinţa: factor egodiastolic, de extensie a Eu-lui. Această aspiraţie este manifestată numai de direcţia pozitivă a factorului „p+". Însă nevoia „p" acţionează chiar atunci când nu-şi poate atinge scopul său pulsional primitiv: crearea şi lărgirea Eu-lui. În acest caz (p-) nevoia „p" se manifestă prin proiecţie şi prin lărgirea Eu-lui altuia şi a puterii obiectelor exterioare. Forma cea mai veche a Eu-lui nu este aşa cum admite Freud, narcisismul primar, ci starea de proiecţie, forma primitivă egodiastolică a Eu-lui. Din proiecţie derivă următoarele manifestări:

- transferul nevoilor pulsionale ale subiectului a unui obiect din lumea exterioară, înstrăinându-le deci. De o manieră foarte generală se poate afirma că orice tentativă de a satisface o nevoie pulsională comportă deja proiecţie.
- Formarea idealului de Eu: „iată cum a-şi vrea să fiu". Subiectul îşi proiectează dorinţele asupra unui obiect şi vrea apoi să fie astfel. Această parte a Eu-lui se numeşte „Eu-l spiritual".
- Aruncarea culpabilităţii asupra altei persoane.
- Delir de persecuţie: paranoia.

Mai există în fiecare şi o altă nevoie genică specifică: tendinţa de quartaţie, de circumscriere a Eu-lui (exigenţă …) următoarele manifestări:

- Eu-l care ia poziţie: nevoia inerentă a subiectului de a lua poziţie faţă de aspiraţiile pulsionale care i-au intrat în câmpul conştiinţei dorinţelor: constituie „ghidul nostru interior" care decide destinul nevoilor pulsionale de orice fel.

- Eu-l „introiectiv", „realist". Eu-l care ia poziţie şi care judecă, poate introiecta anumite nevoi pulsionale devenite, sau acţionând numai prin proiecţie le poate încorpora în propria sa structură. Se pot promova astfel anumite nevoi ancestrale ca „consilieri" şi ale Eu-lui. Graţie introiecţiei se dezvoltă „idealul posesiv", acea parte a Eu-lui care decide: „iată ce doresc să am" (k+).
- Eu-l care refulează (k-): Eu-l care ia poziţie poate respinge o nevoie devenită conştientă, însă apreciată ca periculoasă. Ea este atunci refulată (similar ca la Freud).

Diagnosticul experimental distinge deci, două nevoi pulsionale constituante ale Eu-lui:

1) Nevoia pulsională egodiastolică, creatoare şi dilatatoare a Eu-lui. Cu ajutorul acestei nevoi pulsionale ascunse în noi pot deveni conştiente. Acesta este domeniul „p".
2) Nevoia, exigenţa pulsională egosistolică cuoartantă a Eu-lui. Datorită ei se naşte Eu-l care ia poziţie, care delimitează şi ghidează interesele şi idealurile subiectului şi totodată liberul său arbitru, egoismul, egocentrismul, autismul, katatonismul.

Psihologia Eu-lui

Profilele şi mecanismele Eu-lui. Noţiuni fundamentale de analiză a Eu-lui

I. Analiza egodiastolei, a funcţiei „p" a Eu-lui

Examenul factorului **„p"** arată starea momentană a luptei în interiorul vectorului **„Sch"**, între cele două aspiraţii pulsionale care constituie o pereche pulsională antagonistă. În această luptă se pot distinge 4 faze şi moduri de acţiune diferite care relevă starea factorului **„p"**:

- proiecţia: **p-**

- Proiecţie şi inflaţie **p±**
- Inflaţie totală sau dublă, ambivalenţe **p+**
- Evacuarea nevoilor în afara câmpului conştiinţei **p0**

*Prima fază: starea de proiecţie totală sau dublă: **p-**.*

Ambele aspiraţii ale perechii antagoniste încă latente în inconştient, luptă pentru a intra în câmpul nevoilor conştiente. Pentru moment nici una nu a reuşit. Această situaţie este atunci când această luptă este proiectată asupra unei anumite persoane din lumea exterioară sau asupra unui Obiect psihologic (idee). Relaţia dintre obiectul atins prin proiecţia totală şi subiectul proiectat este identică cu relaţia care se găseşte în el cu fiecare din cele două aspiraţii antagoniste inconştiente. Nici una, nici cealaltă nu se poate exprima astfel decât prin proiecţie. Din această cauză faza se numeşte „a proiecţiei duble". Experimental, această fază se exprimă exclusiv prin reacţia p-, reacţia p+ nu apare niciodată.

Proiecţia este deci transpoziţia în lumea exterioară a luptei genice care se desfăşoară în inconştient între cele două aspiraţii antagoniste, un fel de „reflectare" asupra lumii reale a luptei factorului genic.

*A doua fază: proiecţie şi inflaţie; stare mixtă a nevoilor pulsionale **p±**.*

În această fază, lupta continuă în toată violenţa sa, dar raportul de forţe este modificat: unele trebuinţe au irupt în câmpul conştient al trebuinţelor; au ocupat deci parţial conştiinţa (inflaţie iraţională tradusă prin reacţia „p+). Tendinţele pulsionale antagoniste rămase în inconştient se exprimă în continuare într-o manieră proiectivă. Avem deci în această etapă o proiecţie parţială, precum şi o inflaţie parţială; de unde şi reacţia „p±„.

*A treia fază: ocupaţie totală sau dublă: inflaţie totală; ambitendinţe: **p+**.*

Această situaţie apare atunci când cele două constituante antagoniste ale unei perechi pulsionale pătrund în conştiinţă şi se pun simultan în valoare (ambitendinţe). Lupta se opreşte, proiecţia dispare, însă are loc o inflaţie totală dublă. Experimentul acesta se relevă printr-o reacţie p+ (nici o reacţie negativă). Subliniem că nu este vorba în mod obligatoriu de o penetrare în conştiinţă. Faptul că domeniul „p+" se află în imediata vecinătate a conştiinţei face ca tendinţele care ocupă „p+" să poată deveni foarte uşor conştiente. Din punct de vedere psihopulsional, aceasta manifestă pur şi simplu că se tinde în direcţia conştientizării, şi nu neapărat că au devenit conştiente. Acest lucru este totdeauna valabil când se vorbeşte de „câmpul conştient al dorinţelor", fiind ştiut că testul nu relevă decât mecanismele inconştiente ale Eu-lui.

*A patra fază: evacuarea nevoilor pulsionale în afara câmpului conştiinţei trebuinţelor pulsionale **p0**.*

Această fază apare atunci când Eu-l reuşeşte să elimine ambele tendinţe pulsionale în afara câmpului conştiinţei nevoilor pulsionale. Este o situaţie specială, când nevoile nu se află nici în conştiinţa nevoilor (p+, nici în inconştient (p-). Nevoile pulsionale caută atunci alte căi de satisfacere, de exemplu prin profesie, prin caracter, prin nevroze, psihoze, reacţii criminale. Această situaţie se decelează experimental prin reacţia „0 (anularea factorului p).

În continuare se va face o analiză detaliată a acestor faze

1. p-: proiecţie totală dublă

Nici una din tendinţele antagoniste nu se găsesc în câmpul conştient al trebuinţelor. Ele continuă lupta lor în inconştient. Nevoile pulsionale se află în stadii genice primare.

Această luptă este proiectată asupra unui obiect din lumea exterioară.

Calificăm ca „dublă" sau „totală" această formă de proiecţie căci individual vrea astfel să înstrăineze simultan ambele constituante ale perechii pulsionale antagoniste.

Lupta între cele două tendinţe antagoniste este deci o condiţie de sine qua non a acţiunii proiective. Deci, pentru o cauză oarecare, lupta primară încetează, dispoziţia proiectivă a individului dispare dintr-o dată. Relaţia existentă între Obiectul exterior şi subiectul care proiectează reflectă într-adevăr stadiul luptei dintre genele antagoniste în inconştient.

Acţiunea de proiecţie este deci ocultă şi magică.

Proiecția dublă este întotdeauna un proces care îmbracă două aspecte (masca lui Janus). pe de o parte, personajul care proiectează descoperă că el execută o secțiune magică asupra Obiectului care suferă proiecția. Prin urmare, Obiectul se îndreaptă către subiect – fapt curios – manifestând această tendință chiar dacă subiectul vrea să se debaraseze. Pe de altă parte, practic, personajul care proiectează se simte el însuşi atras spre acest obiect şi nu poate să se detaşeze, căci el este literalmente „fermecat". Aceste două aspecte ale proiecției totale pe care psihiatria le pune de asemenea în lumină – provin din dualitatea existentă apriorii în trebuința pulsională latentă; adică faptul că nevoile pulsionale activează prin proiectare o structură comportând două tendințe antagoniste, totuşi foarte strâns legate. Cum ambele tendințe sunt inconştiente, ele devin eficiente prin proiecție.

Conținutul proiecției este totdeauna un anumit Obiect dezagreabil şi deci, de care vrea să se debaraseze. Alteori însă, subiectul care proiectează este adesea obligat să se despartă de conținuturi pozitive de mare valoare, atunci când el se simte incapabil să le realizeze, acest fapt datorându-i-se unui sentiment inconştient de inferioritate. El înstrăinează astfel conținuturi pozitive şi le proiectează asupra unui subiect care i se pare că posedă calități excepționale (talente, etc).

Proiecția se realizează asupra unor persoane din anturajul său, persoane cu care prezintă asemănări (înrudire genetică).

Exemple de proiectări patologice: halucinații, delir de persecuție, teama de a fi răpit, etc.

Experimental, proiecția, atât cea normală (psihologică), cât şi cea patologică, este relevată exclusiv prin reacția „p-„.

2. p±: proiecție şi inflație parțială simultană

Se spune că o persoană pulsională într-o „stare intermediară" dacă o constituantă a cuplului rămâne încă în inconştient de unde acționează prin proiecție, în timp ce cealaltă (opusă) a penetrat penetrat deja în conştiință (trebuințelor), acolo provocând o inflație. Fiecare tendință se pune în valoare, dar în maniere diferite.

Exemplul clasic al acestei stări mixte este dată de trebuința „m": este vorba de dorința primară a subiectului de a constitui o unitate intimă cu Obiectul („uniune dualistă").

Această trebuință se compune din două tendințe antagonice:

- tendința de a se „agăța" de Obiect";
- tendința de a se desprinde de Obiect.

La început aceste două tendințe sunt inconştiente şi lupta lor pentru supremație se desfăşoară în inconştient (proiecție dublă). Mai târziu, sub impulsul lumii exterioare trebuie să se realizeze detaşarea, dorința de acroşare irupe în conştiință unde determină o inflație. Tendința opusă de detaşare – rămâne în tot acest timp în inconştient (stare intermediară) de unde se şi proiectează şi se poate manifesta sub formă de frică sau de acuzație: copilul se teme că mama sa îl pedepseşte sau o acuză că vrea să facă acest lucru.

3. p+: inflație totală. Ocupare totală a conştiinței; ambitendințe

Această etapă este caracterizată prin:

- Ambele tendințe antagoniste au pătruns în acelaşi timp în conştiința nevoilor pulsionale, unde caută să se pună simultan în valoare.
- Nu se mai produce proiecție pentru nici una din tendințe, deoarece nici una nu se mai găseşte în inconştient.
- Inflația dublă sau totală pune conştiința în pericol, căci acțiunea frenatorie a antagonismului psihologic al celor două constituante ale cuplului pulsional a încetat în acest moment (ocupând câmpul conştiinței, cele două tendințe se „înstrăinează" una de cealaltă). Tocmai acest fapt creează o dualitate internă (dată de cele două tendințe) care pune în pericol conştiința individului.

Această stare a factorului „p+" arată ceea ce Bleuler a numit „ambitendință" iar Jung „inflație psihică": adică tendința simultană a tendințelor antagoniste care se exclud una pe alta în mod ordinar. Bolnavul, spune Bleuler, vrea în acelaşi timp să mănânce şi să nu mănânce. El este în acelaşi timp Dumnezeu şi Demon, bărbat şi femeie.

Există două forme de ambitendințe:
Ambitendință proiectivă în care tendințele pulsionale antagoniste acționează în același timp în inconștient (proiecție dublă: „p-„). Acest stadiu corespunde în parte stării crepusculare adulice care este caracterizată prin „p-/k0„ și chiar în forma dualistă a Eu-lui, cu „p-/k+”.
Ambitendință infantilă în care cele două tendințe pulsionale independente; situația întâlnită în gândirea megalomanică forma patologică a acesteia fiind „Paranoia”.

4. p0: evacuarea nevoilor pulsionale

Elementele caracteristice ale acestei faze sunt:

- Ambele constituante ale perechii antagoniste, după ce au ocupat conștiința dorințelor, dispar din câmpul conștiinței. Această se datorează de regulă, stăvilirii inflației de către aceste forțe exterioare. Consecința: dispare reacția „p+”.
- Însă nu se găsește nici o proiecție (p-) deoarece aspirațiile antagoniste sunt acum separate. Lupta inerentă nevoilor pulsionale, încetată fiind în acest moment, nu există nimic de proiectat.
- Deci aceste tendințe care au prin faza de proiecție totală, parțială (și inflație) și prin inflație dublă, dispar la un moment dat, atât din conștiința dorințelor, cât și din inconștientul familial. Însă nici o tendință în joc nu poate fi pur și simplu ștearsă. Însă obiectul proiecției sau al inflației sau Obiectul comun al acestora două poate fi încorporat în Eu: „egofiat” (el participă la Eu). Această funcție a Eu-lui se numește „introiecție”. O astfel de dispariție a nevoilor pulsionale se realizează, de exemplu, atunci când individul reușește să trăiască aspirațiile pulsionale periculoase în profesie (mecanism operotrop). Mai există și o altă manieră de a trăi aspirațiile pulsionale periculoase: prin nevroză.

În nevroză, Eu-l refulează nevoile pulsionale care îl amenință, așa cum psihanaliza a evidențiat. Există deci modalități (mecanisme) prin care se poate obține dispariția aspirațiilor pulsionale (p0): prin operotropism, adică socializare, și, prin refulare nevrotică.

II. Analiza egosistolei. Eu-l care ia poziție

Semnificațiile generale ale celor 4 stadii ale factorului „k”

S-a amintit că Eul primește, pe de o parte, nevoile care vin din adâncul psihismului pătrund în conștiința dorințelor, iar pe de altă parte, impresiile senzoriale care, venind din lumea exterioară, sosesc în conștiința perceptivă. Aici se realizează o sinteză a unor date provenite din surse diferite. Însă, în anumite perioade, Eu-l se închide pentru toate noile nevoi care caută să pătrundă. Anumite aspirații sunt ținute departe de conștiință pentru o anumită perioadă, altele pentru toată viața. Din când în când, Eu-l își ridică barierele și se transformă cu ajutorul noilor tendințe pulsionale sau a noilor identificări. Apoi el îmbătrânește progresiv, își pierde forța și capacitatea de rezistență și se regenerează în stadiile sale primare. Luarea poziției active față de aspirațiile care încearcă să iasă din inconștient pentru a intra în conștiință este deci o importantă funcție psihopulsională a Eu-lui. Această muncă de încorporare și transformare activă de adaptare la lumea exterioară, de elaborare a raporturilor și refulărilor este desemnată sub numele de „funcție egosistolică”. În această activitate, Eu-l se numește „Eu-l care ia poziție”, relevat experimental prin factorul „k”, cu cele 4 stadii ale sale:

1. „Absența Eu-lui” sau absența intereselor (dezinteres). Reacția este în acest caz „k0”.
2. Introiecția, „Egoificarea” sau formarea idealului (k+).
3. Luarea dublă de poziție (mixtă), ambivalență (k±).
4. Adaptare, „capacitate de raportare”, refulare (k-).

1. Prima etapă: absența Eu-lui sau „dezinteres”: k=0, +1, -1, ±1.

Experimental s-au găsit două interpretări pentru reacția „k0” (descărcarea factorului „k”):

- Starea primară, arhaică, de absență a Eu-lui, în care subiectul și Obiectul nu sunt separați: lupta primară între constituantele antagonice ale perechii pulsionale se poate desfășura liber în inconștient, fără intervenția Eu-lui. Rezultatul luptei este univoc, determinat de forța

genică a tendințelor în luptă. Eu-l nu este încă integrat şi de aceea nu participă la această luptă.

- Indiferența totală, dezinteres al Eu-lui. Se întâlneşte când Eu-l, deşi deja format, nu intervine în luptă. El se arată indiferent, nu susține nici una dintre componentele pulsionale, dar nici nu o respinge pe nici una. Apatia fatalistă a Eu-lui decurge din faptul că protecția sau inflația uneia dintre aspirațiile pulsionale a câştigat supremația asupra Eu-lui.

2. A doua etapă: introiectarea, egoificarea: k+

Introiecția este un proces psihic opus proiecției: „introiecția semnifică o încorporare a obiectului în sfera de interese subiective în opoziție, proiecția este o transpoziție a conținutului subiectiv asupra obiectului" (după A. Ferenczi). În proiectare, subiectul exteriorizează un oarecare conținut, îl aruncă în afara lui şi îl încorporează într-un Obiect exterior oarecare. El aruncă asupra Obiectului exterior, veşmintele care îl ascund pe el însuşi. În introiecție, din contră, individul anexează proprietatea unui obiect exterior şi o încorporează în propriul său Eu („canibalism psihic"). În proiecție, individul se lasă ghidat de dorința de a separa, de a diferența o parte din „subiectivitatea" sa, înstrăinează o parte din el în favoarea obiectului. În introiecție, el „devorează" Obiectul „egoificându-l" prin asimilare (Jung grupa introiecția ca proces de asimilație, iar proiecția ca proces de dezasimilație). Însă în viața psihică, aceste două procese nu se desfăşoară totdeauna în mod distinct unul de altul: ele pot apărea simultan în psihism (introproiecție), sau, de la distanță foarte scurtă unul de altul, ceea ce face dificilă depistarea lor în mod experimental.

În relațiile psihice dintre două persoane, noi găsim adesea introiecția şi proiecția una alături de alta. În tratarea unei maladii, medicul adoptă adesea o poziție de introiectare activă, încorporând în Eu-l său curator dorințele patologice ale subiectului care devin pentru el interese subiectve foarte actuale. El nu poate obține o vindecare decât în acest fel. Dimpotrivă, bolnavul se eliberează de dorințele sale patologice, inconştiente, proiectându-le asupra medicului în timpul tratamentului. În aceste cazuri, medicul dă adesea profile „k+/p0", în timp ce pacientul dă **k0** sau **k+**, **p-**.

Introiectarea, ca fenomen general, se prezintă sub următoarele forme, toate legate de reacția **k+**:

- operotropismul introiectiv;
- narcisismul;
- egoismul şi egocentrismul;
- autismul.

a) Operotropismul introiectiv:

Sub acest nume se distinge mecanismul de apărare prin care individul introiectează Eu-l său, Obiectul unei aspirații pulsionale dinamice, resimțite ca periculoase şi alegerea lui de o manieră activă, Eu-l transformă, cu ajutorul introiecției şi egoificării, existențiale pulsionale periculoase în obiecte de interes. În limbaj psihanalitic se poate spune: libidoul Obiectual se manifestă sub formă de interes, că interesul redă rădăcini profunde în domeniul pulsiunilor, (se ştie de la Dewey). Sub influența sa, Claparede spunea: „a trăi nu înseamnă altceva decât a acționa, în fiecare moment, în direcția celui mai mare interes". Analiza Destinului adaugă că interesul nu este altceva decât socializarea exigențelor pulsionale, care îşi găsesc satisfacerea lor într-o profesie. Se înțelege astfel de ce activitatea profesională, manifestare clasică a procesului introiectiv, constituie în cadrul social, cea mai bună cale, cel mai bun mecanism de apărare față de o exigență pulsională periculoasă.

Eu-l operotrop dă reacții „k+/p0".Să luăm din nou exemplul aspirațiilor homosexuale:

Homosexualitatea inflativă şi homosexualitatea proiectivă cu p-, se raportează la aceiaşi exigență pulsională şi constituie un pericol egal pentru individ. Întra-devăr, cel care-şi satisface homosexualitatea sa inflativă (dorințele egale de …) greşeşte față de societate şi adesea împotriva propriei conştiințe morale. Dacă exigența pulsională acționează de o manieră proiectivă, magică, el se poate pierde în idei delirante paranoide şi poate face un delir de persecuție. Din contră, dacă el transformă prin introiectare exigențele homosexuale naturale , într-un „interes homosexual" în cadrul unei profesii, pericolul unei proiecții sau inflații a exigenței pulsionale „homoerotice" este

eliminat. De exemplu: individul îşi poate propune ca scop ştiinţific studiu homosexualităţii sau îşi poate alege o meserie în care serveşte indivizii de acelaşi sex: cosmetician, coafezi, maseuri. Individul se simte bine şi perfect adaptat la o astfel de profesie. La fel, măcelarul sau chirurgul îşi poate satisface pe această cale tendinţele sadice. Poate şi la avocatul care apără sincer şi plin de zel un criminal sau delincvent îşi satisface anumite exigenţe pulsionale date, care există la acest avocat, dar sunt ascunse în subconştient.

b) Narcisismul:

În patologia sexuală, prin „narcisism" se înţelege perversiunea în care adultul consideră propriul corp cu toată tandreţea ce se acordă în mod egal unui Obiect sexual. Psihanaliza distinge un Libido Obiect şi un Libido al Eu-lui. Narcisismul este deci, indiciul psihic al Libidoului Eu-lui, care strânge în el toată energia pulsională, şi cea care i-ar trebui acordată unui Obiect exterior.

Psihanaliza vorbeşte de o „nevroză narcisică" atunci când există o acumulare de (energie), libido în Eu, datorită faptului că bolnavul nu poate fixa acest libido asupra unui Obiect. Este evident deci că narcisismul presupune o activitate egosistolică a Eu-lui: Prin această activitate Eu-l înecat de energia lui pulsională în el însuşi, şi aceasta pentru că este incapabil să investească Libidoul asupra unui obiect exterior. Simptomele narcisice se întâlnesc în Demenţa Precoce şi în Paranoia (explicate prin retragerea Libidou-lui investit în Obiect şi imposibilitatea îndreptării spre altele (şi în homosexualitate).

Care este relaţia dintre narcisism şi introiecţie? Freud recunoaşte două forme de alegere a Obiectului sexual: o alegere narcisică şi una anaclitică. Avem o alegere erotică atunci când legătura se realizează cu un Obiect sexual care seamănă cu sine însuşi. În alegerea anaclitică, Eu-l se apropie de un Obiect diferit de el, dar valorizat pentru că el permite satisfacerea unor nevoi vitale (de exemplu: mamă, soră sau tată, frate).

În consecinţă individul încorporează Obiectele exterioare sau proprietăţile lor, care sunt identice cu el însuşi, sau mai bine spus, asemănătoare cu Eu-l său manifest.

Analiza Destinului desemnează sub numele de Narcisism, nu numai o formă de alegere a Obiectului sexual, ci şi această luare de poziţie generală, care în fiecare alegere face să fie dorite Obiectele analoage cu Eu-l său manifest sau identice cu el. Eu-l narcisic egoifiază deci în mod unic obiecte care îi sunt asemănătoare genic de o manieră manifestă sau latentă. Aceasta face să putem vorbi şi de o formă narcisică a operotropismului.

c) Egoism şi egocentrism

Freud încearcă să separeu egoismul de narcisism afirmând că se poate vorbi de egoism atunci când individul nu ia în considerare decât interesele sale utilitare, în orice împrejurare. Narcisismul va fi astfel complementul libidinal al egoismului. Egoismul este adesea, în acelaşi timp narcisic. Totuşi, egoismul nu exclude Libidoul Obiectual şi putem avea aici egoism fără narcisism (Freud).

Egoistul egoifiază valoarea Obiectului, după felul în care el trage un profit. Egoificarea se efectuează atunci pe planul anexării valorilor Lozinca sa este: „lumea este ca mine". Individul egocentric crede că obiectele sunt realmente aşa cum el le vede subiectiv.

În considerarea Obiectelor, el este în mod unic ghidat de o manieră de a vedea, manieră care reduce totul la propriul Eu. Egoificarea se efectuează în domeniul recunoaşterii şi a conceperii subiective a Obiectelor. Sloganul său este: „lumea este aşa cum o văd eu".

Narcisismul se manifestă pe planul legăturii … el nu iubeşte decât ceea ce este la fel. Vom vedea că cele 3 fenomene se pot delimita în cadrul unui profil pulsional.

d) Autismul

După definiţia lui Bleuler, autismul este o formă specială a gândirii, comportamentului şi habitusurilor, în care individul depăşeşte realitatea şi vizează scopuri care îi sunt fixate exclusiv de către pulsiuni şi sentimente. Autismul transformă în „realitate psihică" tot ceea ce în mod obişnuit este în contradicţie cu realitatea şi care apare absurd sub unghiul logicii şi realului.

Care este scopul autismului? Bleuler crede că omul, cu ajutorul gândirii autiste, dă o realitate obiectivă dorinţelor sale secrete, satisfăcând dorinţele sale secrete şi dă realitate la tot ce îi provoacă frică. Atunci când lasă să îi alerge imaginaţia, când adultul visează sau când schizofrenul

sau paranoicul îşi derulează halucinaţiile sau ideile delirante, când scriitorul creează poveşti sau legende, când un spirit creator creează o invenţie care forţează barierele comune ale realităţii, atunci noi spunem că respectivii gândesc de o manieră autistă. Autismul relevă în vis dorinţele şi credinţele noastre secrete. În boală el procură un domeniu mai adevărat decât oricare realitate a noastră. În consecinţă, autismul eliberează gândirea de limitele pe care le impune realitatea.

Bleuler a rezumat domeniile de manifestare ale gândirii autiste la 4 puncte:

- gândirea autistă apare atunci când cunoştinţele noastre nu ni se par suficiente, atunci când elanul care ne poartă spre cunoaştere ne obligă să mergem mai departe. Crearea lumii şi a omului, scopul vieţii, originea lui Dumnezeu, originea bolilor; iată tot atâtea chestiuni la care numai gândirea autistă poate răspunde.
- Gândirea autistă apare atunci când realitatea nu mai este suportabilă. Omul se refugiază atunci în autism. Astfel se nasc simptomele nevrotice, ideile delirante, realizarea dorinţelor în vis, visul treaz, etc.
- Procesele care se desfăşoară în inconştient au un caracter autist.
- În asociaţiile visului şi în schizofrenie, sunt îngrămădite de o manieră autistă „fapte ratate", fapte cărora realitatea le-a slăbit şi le-a întrerupt înlănţuirea reprezentărilor. „Logica autistă" a pulsiunilor şi afectelor le va asigura atunci continuitatea proceselor asociative (Stransky).

Autismul, narcisismul, egocentrismul, egoismul şi operotropismul au o trăsătură comună: obiectul este introiectat, energiile pulsionale investite în Obiect sunt returnate spre Eu şi sunt reţinute. Din această cauză găsim în toate aceste situaţii un **„k+".**

Este posibil să distingem experimental aceste diverse procese. Însă starea altor factori ai profilului pulsional ne va indica dacă să luăm în considerare egoismul, egocentrismul, narcisismul sau autismul. De regulă, se poate considera astfel:

- **hy+/d-:** indică mai ales egocentrism şi narcisism;
- **hy-/d+:** caracterizează egoismul (în acest caz se găseşte şi „m-„, pe când în narcisism este „m+");
- **p-/e0/s0/k+:** caracterizează cel mai adesea autismul

Notă: în general, sau considerat cazurile cele mai frecvente, deci nu se consideră ca regulă generală.

3. A treia etapă: luarea de poziţie ambivalentă a Eu-lui: k±

Sub numele de ambivalenţă, Bleuler desemnează acea situaţie psihică în care subiectul dirijează spre acelaşi obiect sentimente cu polaritate opusă. Omul sănătos poate în mod curent să se găsească în stare de ambivalenţă şi simte atunci „două suflete în pieptul său". De exemplu, lui îi este frică de o operaţiune pe care şi-o doreşte în acelaşi timp.

Totuşi, individul sănătos poate face să se încline balanţa de o parte sau de alta, în funcţie de circumstanţa şi interesele sale subiective momentane. În cazuri patologice, omul este incapabil de această valorizare naturală. El detestă şi iubeşte acelaşi Obiect cu o ferocitate egală, fără ca intensitatea unui sentiment să facă să îl diminuieze pe celălalt. Schizofrenul doreşte s-o vadă murind pe soţia sa; însă dacă, în halucinaţiile sale o vede pe patul de moarte, el este disperat, plânge şi râde în acelaşi timp (Bleuler).

În experimentul pulsional această etapă se relevă prin ambivalenţa factorului „k". Eu-l care ia poziţie introiectivă, parţial Obiectual, îl egoifică (k+), dar îl şi respinge parţial (k-). Atât introiectarea, cât şi refularea se pun în valoare. Introiectarea apare sub formă de operotropism-narcisism, egocentrism, etc. în timp ce refularea se manifestă în dezvoltarea simptomelor nevrotice.

4. A patra etapă: adaptare; capacitate de raportare; refulare: k-

În această fază, Eu-l care ia poziţie este constrâns să renunţe la posibilitatea încorporării egoificării, a transformării în centru de interes a obiectelor de care este legat prin sancţiunile proiective sau inflative ale aspiraţiilor pulsionale. El este obligat, în general, prin presiunea lumii exterioare sau a conştiinţei morale, la reţinere, constrângeri, etc. Eu-l trebuie să renunţe nu numai la satisfacerea acestor aspiraţii pulsionale sub forma lor naturală, dar şi la transformarea lor prin „denaturare" sau operotropism in interese profesionale sau în oricare alte sfere de interese (de exemplu sportul). Eu-l este constrâns să se adapteze şi el refulează aspiraţiile interzise (k-).

Reacţia **k-** semnifică deci:

- Adaptare la lumea exterioară sau la propria conştiinţă morală;
- „Capacitate de raportare” (legătură);
- Refulare. Freud înţelege prin refulare procesul psihic prin care un act susceptibil de a fi conştient, este făcut inconştient. Prin refulare, Eu-l care ia poziţie deviază, nu numai aspiraţiile periculoase, ci şi toate reprezentările care li se asociază. În acest caz, psihanaliza vorbeşte de complexe.

5. Eşaloanele Eu-lui, profilul Eu-lui, destinul Eu-lui

Genealogia admite că manifestarea genelor nu depinde numai de structura genelor, ci şi de o serie de factori exteriori ca: educaţie, boli, traumatisme corporale şi psihice.

Apariţia cronologică a nevoilor pulsionale urmează totuşi o succesiune filogenetică. Diferite nevoi şi trebuinţe apar în epoci diferite: există dominanţe diferite în epoci diferite. Factorii exteriori amintiţi pot devansa sau întârzia, uneori chiar împiedica definitiv schimbarea unor aspiraţii pulsionale antagoniste, dar aceasta nu este incompatibilă cu predeterminarea filogenetică. Luarea de poziţie a Eu-lui faţă de aspiraţiile pulsionale, la un moment dat, va fi definitivă în momente (perioade) diferite. De aceea:

Vectorul **„Sch”** (al Eu-lui) ne va informa despre:

- procesul de infiltrare în conştiinţă a nevoilor pulsionale (factorul „p”);
- poziţia luată de Eu faţă de aspiraţiile pulsionale momentane (factorul „k”);
- relaţiile actuale între Eu şi Obiect, adică concepţia despre viaţă şi viziunea asupra lumii a individului la un moment dat;
- ordinea apariţiei – reglată filogenetic – transformărilor acestor 3 grupe de fenomene, date ce se vor obţine dintr-o serie de profile pulsionale.

Deci, Vectorul „Sch” ne va informa asupra şablonului Eu-lui atins la un moment dat. Seria profilelor va arăta succesiunea eşaloanelor: eşalonul pe care l-a atins, cel pe care l-a lăsat în urmă şi cel de care se apropie. Diferitele faze ale dezvoltării Eu-lui se pot diferenţia unele de altele după cum urmează:

- prin nevoile pulsionale care, după ordinea succesiunii fixată filogenetic, încearcă să obţină satisfacere;
- după faza în care se găseşte nevoia pulsională activă în acel moment – fază de luptă primară – faţă de care Eu-l trebuie să ia poziţie;
- prin poziţia pe care o ia Eu-l faţă de nevoile pulsionale, care conform cronologiei fixate filogenetic, încearcă a se pune în valoare.

Luarea de poziţie a Eu-lui este determinată de 3 factori:

- De structura genetică a Eu-lui;
- De „forţa” lumii exterioare (educaţie, maladii, traume);
- De conştiinţa morală (de studiul dezvoltării asupra Eu-lui).

Destinul Eu-lui este constituit din succesiunea de profile ale Eu-lui, succesionate caracteristic pentru fiecare individ.

Destinul pulsional al unui om într-o perioadă dată se relevă printr-o serie de profile succesive care ne vor indica eventualele procese de scleroză precoce, îmbătrânirea prematură sau boli ale Eu-lui (profile ale Eu-lui; probabilităţi de raportare reciprocă a factorilor „k” şi „p”). Experimental s-a putut determina precis modul de dezvoltare a Eu-lui: Eu-l trece dintr-un eşalon în altul sub impulsul unor forţe genetice şi în momente ale dezvoltării ontogenetice determinate.

6. Fixare, regresie, socializare, sublimare

Se vorbeşte în psihologia profundă de fixaţie atunci când Eu-l nu poate părăsi un eşalon determinat, cu toate că itinerariul filogenetic a comandat de mult părăsirea acestei etape.

Regresia (din cauza unei traume sau boli, slăbiciunea Eu-lui) constă în revenirea şi fixarea Eu-lui într-un eşalon deja străbătut în cursul dezvoltării normale.

Socializarea: modificarea particulară a destinului pulsional, în cursul căreia Eu-l rămâne în realitate, fixat într-un eşalon inferior, însă el nu trăieşte în exterior nrvoile pulsionale sub formă

naturală; se „denaturează”, fapt ce face ca aceste nevoi să intre în sfera de interes a subiectului respectiv (interese legate de profesie). În acest fel se pot satisface exigențele unor pulsiuni de o manieră aprobată şi utilă social.

Sublimarea: reprezintă un stadiu mai înalt al dezvoltării, mai înalt decât socializarea. Ea are loc când Eu-l nu trăieşte nevoile sub formă naturală, ci „spirituală”, sublimarea lor în caracterului lor realizându-se în caracterul individului. Se pot astfel realiza valori spirituale foarte depărtate de scopul primitiv al pulsiunilor (de exemplu cultura, arta). Experimental s-a dovedit că numărul celor care pot sublima existențe pulsionale … care socializaseră.

Mecanismele Eu-lui în lumina experimentală

Profilele Eu-lui pot fi clasificate teoretic sau empiric (după dezvoltarea cronologică) obținându-se astfel două sisteme:

1. Sistemul teoretic al profilelor Eu-lui:

Nr. crt.	k	p	Nr. crt.	k	p	Nr. crt.	k	p	Nr. crt.	k	p
I	0	0	V	+	0	IX	-	0	XIII	±	0
II	0	+	VI	+	+	X	-	+	XIV	±	+
III	0	-	VI	+	-	XI	-	-	XV	±	-
IV	0	±	VIII	+	±	XII	-	±	XVI	±	±

Profilele Eu-lui dau indicații numai asupra poziției luate actual de către Eu față de pulsiunile critice; însă nu poate indica care sunt aceste nevoi cărora trebuie să le facă față. Pentru aceasta trebuie să se studieze destinul tuturor celorlalte pulsiuni (vezi destinul Eu-lui şi destinul pulsiunilor).

2. Sistemul experimental al profilelor Eu-lui:

Are la bază ordinea dezvoltării; se repartizează cele 16 profile teoretice în 6 clase care conțin profile asemănătoare din punct de vedere bio-pulsional şi care se succed în cursul dezvoltării. Aceste clase notate alfabetic, sunt următoarele:

A=clasa reacțiilor fie infantile, fie de involuție;

B=clasa reacțiilor specifice pubertății;

C’1=clasa reacțiilor

2=clasa reacțiilor periculoase pentru umanitate (exemplu reacție … maniacilor, … exemplu formele C.I/k şi C.I/p (a nu se confunda profilul de contact „C” cu al treilea profil al Eu-lui „C.I));

D=clasa Eu-lui în pericol; în acelaşi timp, sau al umanizării extreme;

E=clasa identificării, socializării, umanizării (eventual!);

F=clasa deteriorării şi a dezintegrării Eu-lui (clasa pericolului pentru individ, din cauza utilizării agresive a frânelor Eu-lui).

Acest sistem de notație este valabil şi pentru ceilalți 3 vectori.

În ceea ce priveşte vectorul Eu-lui, sistemul are şi o semnificație specifică în raport cu mecanismele Eu-lui. Într-adevăr, acest sistem relevă şi tehnica utilizată de către Eu față de nevoile pulsionale actuale dinamice; fie pentru a se apăra împotriva lor, fie dimpotrivă, pentru a ajuta la manifestarea lor.

Termenul de „Mecanismul Eu-lui” sau „tehnica Eu-lui” a fost mai întâi utilizat în psihanaliză sub înțelesul de „mecanism de avertizare” care aruncă, respinge, aspirațiile periculoase.

Analiza Destinului înțelege sub numele de „Mecanismele Eu-lui” raportul între Eu-l care ia poziție şi nevoile pulsionale actuale cele mai dinamice. Aceste mecanisme, astfel înțelese sunt independente, independent de faptul că ajută sau resping aceste existențe pulsionale. La un moment dat, prin aceste mecanisme, anumite trebuințe pot fi respinse (prin aversiune), însă în alte momente ale dezvoltării, ele pot fi ajutate să se realizeze. În linii generale, mecanismele Eu-lui sunt identice cu profilele Eu-lui. Ultimul termen se referă la reproducerea formală a raportului „k” „p”, în timp ce primul termen se referă la funcția egosistolică şi egodiastolică a Eu-lui care conduc la diferite

profile ale Eu-lui. Deci, mecanismul Eu-lui este un concept funcțional, în timp ce profilul Eu-lui este un concept formal, descriptiv.
O altă diferență de interpretare este următoarea:

Psihanaliza nu ține cont de condiționarea actuală determinată de energia genică, a nevoilor pulsionale contra cărora Eu-l vrea să se protejeze. Exploatarea experimentală a pulsiunilor a arătat că dezvoltarea profilelor Eu-lui nu depinde decât secundar de poziția pe care o ia Eu-l şi aliații lui (lumea exterioară, conştiința, morala).
Destinul Eu-lui depinde înainte de toate, de forța de prestație, de forța genică primară a pulsiunilor. Astfel există nu numai 4 variante posibile ale Eu-lui care ia poziție, ci şi stări diferite ale luptei genelor. Aceste stări în care se găsesc forțele genice … sunt total independente de Eu-l care ia poziție. Este deci normal să vedem cum mecanismul Eu-lui imbracă forme diferite, după starea trebuinței pulsionale față de care Eu-l trebuie să ia poziție. Aceste două sunt deci strâns utile, dar sunt din punct de vedere independente.

Trebuie deci ca față de fiecare mecanism pulsional, fie el de ajutor sau de repulsie, să distingem două funcții dinamice: funcția egodiastolică şi funcția egosistolică, (cărora le vom vedea semnificația în diferite stări negative, pozitive, ambivalente sau nule).

Decurge deci de aici că nu se poate vorbi, pur şi simplu, de „mecanisme de proiecție" sau de „mecanisme de inflație". Aceste concepte arată numai starea actuală a nevoilor pulsionale dinamice şi nu dă nici o informație asupra poziției luate de Eu şi de aliații lui față de exigențele pulsionale critice.

Determinarea mecanismelor Eu-lui nu este completă decât dacă cuprinde, atât starea nevoii pulsionale dinamice la un moment dat, cât şi poziția luată de Eu față de ele.

Descrierea profilelor Eu-lui

1. Profilul A_1: k0/p-: Eu-l contemplativ„ mitic, mistic; inconstient arhaic. A. Dualism. Proiecție.

La origine, copilul trăieşte într-o stare de proiecție totală şi de absență a Eu-lui. El se află în comunicare strânsă şi indisolubilă cu Obiectul, cu mama şi nu cunoaşte încă diferențierea între „eu" şi „tu", adică între Eu şi lumea exterioară (frontierele sunt total confuze). Deci, A-dualism, adică lipsa dualismului„ eşalonul cel mai primitiv în dezvoltarea Eu-lui. Această stare se găseşte şi la întârziații mintali, cât şi în unele maladii psihice.
Lipsa totală a adaptării în lumea exterioară este relevată în profilul Eu-lui prin absența reacției „k-„ (deci lipsei adaptării şi refulării). Celui în cauză îi lipseşte capacitatea de a se raporta la lumea exterioară. Absența completă a „Eu-lui care ia poziție" este pusă în lumină de reacția „k0". Inexistența inflației este arătată de absența reacției „p+".

Un singur „rezervor" se arată a fi pus în profilul „A_1" (p-), acela al posibilităților Eu-lui, al ego-ului latent. Experimental „p-„ arată starea de proiecție totală, dublă.
Prin urmare, combinația „p-/k0" caracterizează proiecția cu absența Eu-lui, fuziunea cu Obiectele (se verifică considerațiile lui Piaget şi Levi-Bruhl).

Profilul A_1 este dat de copii sub 3 ani (teoretic) şi de Eu-l aflat în regresie senilă. Populația normală (între 3 şi 90 de ani, din toate grupele sociale) dă o frecvență de 7,2% cu o creştere substanțială la vârstele de regresie şi cu numai 2,3% între 10-20 de ani.

Din punct de vedere sociologic: muncitorii de forță dau de 2,5 ori mai multe profile „A1" decât muncitorii intelectuali. La nivelul social mai elevat, acest profil este dat în special de către psihologii de copii. Alte genuri de intelectuali nu dau „A_1" decât absolut întâmplător (o confirmare interesantă a teoriei operotropismului).

Cu totul excepțional, unii indivizi foarte dotați, aflați într-o stare de „ceață asupra conştiinței", creație, contemplație, pot da „A_1". În grupa antisocialilor, la criminali, spărgători, vagabonzi schizofreni se întâlneşte cel mai adesea profilul „A_1".

În patologie: la P. G. demențială, în schizofrenii, paranoizii, epilepticii în stări crepusculare se întâlnesc de 4-5 ori mai multe profile „A_1” decât la oamenii normali. În bolile mintale, profilul „A_1” este indicele unei regresii grave. „A_1” nu se întâlneşte niciodată la isterici.

2. Profilul „A_2”: „k+/p-”: Eu-l autentic cosmodualist. Perioadă de „îmbufnare”, (perioade de febouderie); introproiecție.

Spre vârsta de 3 ani, copilul atinge stadiul în care Eu-l şi Obiectul au devenit elemente distincte: atunci de profilul „A_2” mecanismele Eu-lui activ se manifestă prin introproiecție, egoificare (k+) a conținutului proiectat (p-). În această etapă, copilul încorporează literalmente obiectele lumii exterioare asupra cărora el şi-a proiectat trebuințele pulsionale; el introiectează totalitatea universului (cosmodualism deci). Prin opoziție, se dă primei uniuni dualiste, între mamă şi copil, numele de „uniune dualistă personală” (A_1 şi E_{p2}). Dacă în stadiul „A_1” tendințele pulsionale proiectate deveneau atotputernice, prin lipsa Eu-lui, în eşalonul Eu-lui „A_2”, Eu-l care se trezeşte devine atotputernic şi capabil de ubicuitate. În această etapă, subiectul nu este încă capabil de o separare netă de obiect; el se crede încă parțial identic cu Obiectul, este vorba deci de o fuziune apriori între C şi S. Este o participare mistică, dar care nu a devenit niciodată conştientă; de aceea se întâlneşte mai ales la indivizii primitivi. La subiecții cultivați această relație singulară între subiect şi Obiect se creează cel mai adesea între două persoane (vorbim atunci de transfer). În acest caz, persoana cu care Eu-l realizează o astfel de fuziune, câştigă o putere magică asupra lui (subiectului în cauză). În altă formă de participare mistică, această fuziune se realizează cu o idee cu care se identifică parțial (Jung vorbeşte în acest caz de „identitate arhaică”. Individul oscilează între stadiul de „Dualism” şi „A-dualism”).

Din introiectarea şi egoificarea Obiectelor pulsionale se pot deduce anumite trăsături ale copiilor de 2-3 ani (cosmodualism):

- o capacitate de imitație remarcabilă, rezultată din faptul că copilul se poate identifica cu oricine şi orice asupra cărora el a proiectat trebuințele sale.
- Egocentrismul decurge din impresia copilului că el este centrul lumii, provenind din introiectarea nelimitată a conținutului trebuințelor proiectate.
- Narcisism infantil.
- Autism infantil.
- îmbufnare, dacă lumea exterioară opune rezistență egocentrismului sau narcisismului sau autismului. Atunci copilul se repliază asupra sa şi se izolează de această lume, sau, eventual intră în opoziție cu ea. Această „îmbufnare” nu decurge, la origine, din dualism, ci este o reacție la educație, cu ajutorul căreia se încearcă reprimarea egocentrismului, autismului.

Profilul „A_2” se întâlneşte la populația mijlocie cu o frecvență de 5,4%, cu o valoare maximă la copii de 3-4 ani.

Repartizarea acestui copil la diverse grupe sociale este exact inversă ca a profilului „A_1”. „A_2” apare cu o frecvență de numai 0,6% la muncitorii de forță şi la fel de rară în profesiile servile (chelneri, coafezi, etc.), în timp ce la intelectuali se găseşte cu o frecvență dublă față de media populației. Acest lucru pare bizar, însă este justificat dacă se face o analiză a destinului pulsional care se ascunde în spatele acestui profil.

Într-adevăr:

- în timp ce la profilul dualismului (A_1) tandrețea dirijată spre colectivitate (h-), deci interesul de cultură, nu se găseşte decât la circa 11% dintre subiecți, acest procentaj creşte la 46% pentru profilul cosmodualismului (A_2).
- Indivizii care reuşesc să-şi exprime tendințele lor agresive în cadrul profilului „A1” este de 19,6% (s+), iar în „A_2” este 42,9%.

De asemenea, se ştie că cel mai mare efort de umanizare al pulsiunilor la copii între 3-4 ani (când există şi cel mai mare procentaj de profile „A_2”, corespunzând deci cu această „umanizare infantilă).

Criminalii şi spărgătorii dau de 2,5 ori mai des profilul „A_2” decât media populației.

În patologie: se găsesc profile „A_2” cu o frecvență considerabilă la melancolici, schizofreni şi debili mintali (frecvența cea mai mare rămâne totuşi la 3-4 ani): aceasta arată de asemenea că profilul „A_2” este consecutiv pierderii Obiectului cu care individul a trăit până atunci într-o uniune dualistă (la 3-4 ani(copilul este separat de mama sa. Melancolicul este de asemenea trist în urma pierderii obiectului, aşa cum arată psihologia profundă). Reacții relativ fregbente ale profilului „A_2” se mai găsesc, aşa cum s-a arătat, la debilii mintali, schizofreni şi la demenții epileptici.
Nu se găsesc niciodată profile „A_2” la isterici şi homosexuali.

3. Profilul C': k-/p-: Eu-l capabil de a intra în raporturi. Eu-l de dresaj; negarea proiecției

De la vârsta de 5-6 ani apare un profil de tranziție (Ek4±/A_2/C') care conduce, nu la profilul „B” (care atinge frecvența maximă la vârsta 9-12 ani – „B_1! Şi la 18-19 ani „B_2” -), ci la profilul de dresaj „C'”.

Aceasta este rațiunea pentru care profilul „C'” se studiază după profilul„A_2, şi nu profilul „B”.”. Mai sunt şi alte considerente în acest sens.
Pe de altă parte, mecanismul Eu-lui „C'” reprezintă reacția generală de masă, utilizat de Eu cu cea mai mare frecvență de la 3 la 90 de ani. Nu există decât două epoci ale vieții când profilul „C'” se găseşte pe locul 2 ca frecvență. De la 3 la 4 ani (predomină „A_2”) şi la pubertate, unde împarte primul loc cu profilul „B_1”.

În al treilea rând se constată că profilul „C'” devine din ce în ce mai frecvent cu vârsta. Se constată că o „cale unică” a dezvoltării Eu-lui, asemănătoare la toți indivizii, nu există decât până la 5-6 ani, apoi putându-se urma două linii divergente, ducând la destine diferite. Bifurcația începe de la profilul „A_2C”, una din direcții urmează etapele C'-B-E0, deci termină cu „fuziunea” cu obiectul prin renunțare la Eu-l său. Altă direcție duce la Ek, adică la socializare introiectivă (o cale cu mai puține etape). Calea „Ep” fiind mai lungă şi mai nuanțată este indicat să o studiem mai întâi pe ea.

Frecvența profilului la populația mijlocie este de 25%. Dintre copii de 3-4 ani, o parte dau deja reacții „C'”, deşi majoritatea rămân în faza inferioară a eşalonului „A” (A_2, A_1, A_2C, A_2D). Începe astfel, la aceştia, perioada de „renunțări”, în urma educației, copii ajung la un compromis cu lumea exterioară, o iau cum este (experimental, reacția „k+” trece, adică Eu-l care se adaptează). Între 3 şi 20 de ani frecvența profilelor „C” rămâne sub media de 25% Între 30 – 40 de ani, frecvența profilelor „C” ajunge la 29,1%. Între 80 – 90 de ani depăşeşte 52%. Acest fapt arată deja că profilul de dresaj „C” nu este un profil de „elită” ci prezintă un mecanism al Eu-lui care atinge frecvența cea mai mare în perioada de involuție. Trebuie subliniat că profilul „C” reprezintă o stare pulsională periculoasă pentru comunitate, căci aici se mențin aspirații pulsionale latente, refulate, ceea ce poate duce la un moment dat la acte conforme cu aceste aspirații. Se poate demonstra că pericolul pentru comunitate este cu atât mai mare, cu cât, reacția „p-„ este mai mare ca reacția „k-”.

Notăm „Ck” atunci când „k” este mai mare ca „p” (exemplu: k=-5, p=-3) şi „Cp” atunci când este inversă (exemplu: p=-5, k=-3). Deci, profilul „Cp” este mai periculos pentru societate. Mai puțin periculos este „Eu-l de dresaj şcolar” cu k=p (notat pur şi simplu cu „C”).

Aparența contradicției între frecvența profilului „C” la populație şi afirmarea pericolului potențial pentru colectivitate, trebuie înțeleasă pe baza următoarelor date:

- profilul „C” se acompaniază foarte rar cu reacția de umanizare (h-, s-), deci individul în perioada de dresaj nu poate şi nici nu doreşte deosebit să-şi socializeze nevoia de tandrețe şi agresivitate.
- Repartiția profilului „C” după clasele sociale este următoarea: muncitorii de forță=45%; la cei cu profesii servile=40%, iar la intelectuali=15%. Scriitorii de valoare, poieții, etc, nu dau niciodată reacția „C'”. Printre muncitorii măcelari C=57%, la asasini se ajunge la 46%. Se observă deci uşor în profilul „C” existența aspirațiilor pulsionale destructive sadice (latente). Este interesant de remarcat că spărgătorii care îşi exteriorizează în forme antisociale aspirația de achiziție materială, dau numai 23% profil „C” (sub medie).
- Din punct de vedere patologic, dacă o boală mintală este periculoasă pentru comunitate, atunci există mai frecvent şi profilul „C'”, maniacii care din această perspectivă ocupă primul loc,

dau 63% profile „C", P. g. dau 43%.Totuşi, starea „C" în afară de bolile mintale, nu indică un pericol manifest, exteriorizat, ci numai un pericol latent pentru comunitate.

Reacţia de „dresaj" este la toate vârstele, o punere în gardă contra anumitor aspiraţii latente ale individului, aspiraţii care trebuie înfrânate (pentru a nu deveni efectiv periculoase).

4. Profilul B_1: k-/p0: Eu-l care refulează. Incapacitate de identificare activă

Asupra profilului „B_1" se pot da următoarele indicaţii:

- una sau amândouă aspiraţiile antagoniste ale unei trebuinţe pulsionale, au făcut irupţie în conştiinţa trebuinţelor şi au determinat o inflaţie. Însă aceste aspiraţii inflative nu sunt tolerate în conştiinţă de către Eu şi aliaţii săi care le refulează (k-)
- aspiraţiile pulsionale sunt atunci constrânse să părăsească conştiinţa dorinţelor pulsionale (şi să rămână în afara ei) atât timp cât refularea este mai mare decât forţa genică a respectivei trebuinţe care vrea să ocupe conştiinţa. De unde combinaţia Eu-lui „p0" şi „k-„. Dacă forţa pulsiunii este mai mare decât forţa Eu-lui şi a lumii exterioare, atunci mecanismul „B_1" face loc mecanismului „B_2" (p+/k-). Din această cauză profilul „B2" precede sau urmează sau urmează imediat profilul „B_1" la prepubertate sau pubertate.

Ceea ce se refulează cel mai adesea sunt nevoile sexuale. Frecvenţa profilului „B_1" la populaţia mijlocie este de 9,4%, cu valoare maximă între 9 şi 12 ani, deci la pubertate-prepubertate, însă el îşi face deja apariţia în perioada pubertăţii infantile.

Deci, se poate presupune că conştiinţa copilului este deja aptă de a fi ocupată cu trebuinţa de natură sexuală (tandreţe sau agresivitate), dar şi că apărarea cu mijlocirea refulării este posibilă.

Din punct de vedere sociologic, profilul „B_1" se găseşte aproape în mod egal la cele 3 tipuri de muncitori examinaţi. Frecvenţe relativ mai mari se întâlnesc în profesiile unde nevoia de agresivitate şi de violenţă au fost parţial socializate: măcelari, şi, printre intelectuali, la educatori şi terapeuţi. La asasini profilul „B_1" se găseşte de 3 ori mai frecvent decât la media populaţiei.

Din punct de vedere patologic, procentajul cel mai ridicat se găseşte în nevrozele obsesionale şi isteria de conversie. Această situaţie confirmă faptul că aici este vorba de o refulare, prin care individul se apără contra aspiraţiilor pulsionale sexuale care vor să cucerească supremaţia în conştiinţa dorinţelor.

Frecvenţa este foarte mare în forma pură a „nevrozei şi de constrângere orală", bâlbâiala, gângăveala. Frecvenţa este de asemenea ridicată faţă de medie în cazul subiecţilor cu tentative de suicid, la catatonici şi la isteroepileptici.

5. Profilul „B_2": k-/p+: Eu-l inhibat. Eu-l antiinflativ; negarea inflaţiei

Semnificaţia profilului „B2" este următoarea:

- conştiinţa nevoilor este ocupată simultan de cele două tendinţe antagoniste ale unei nevoi pulsionale care caută să se impună independent una faţă de alta (p+, ambitendinţe).
- Individul caută să eludeze această criză prin refulare, însă această încercare rămâne infructuoasă.
- Deoarece tendinţele antagoniste ocupă simultan conştiinţa nevoilor pulsionale, nici una din ele nu poate domina singură, rezultând un adevărat haos. Are loc o inflaţie totală.

Pubertatea constituie perioada caracteristică a profilului „B_2". Din punct de vedere psihopulsional situaţia este agravată, în raport cu prepubertatea, prin aceea că conştiinţa nevoilor este continuu ameninţată de tendinţele antagoniste; de aici vine pericolul inflaţiei Eu-lui. Fiecare tendinţă pulsională poate declanşa o astfel de criză inflativă a Eu-lui.

Frecvenţa profilului „B_2" în rândul populaţiei mijlocii este de 7,7%. În adolescenţă (17-18 ani) această frecvenţă se dublează. În pubertate şi chiar după debutul pubertăţii, în special nevoile de tandreţe şi agresivitate ocupă conştiinţa dorinţelor.

În perioada maturităţii, din contră, conştiinţa dorinţelor nu conţine numai nevoile sexuale, ci şi altele egal de puternice, însă uneori opuse. De exemplu, nevoia de a se da în spectacol, de a se ascunde, de formarea sau de distrugerea Imago-ului, nevoia de acroşare, de achiziţie, ascetism,

hedonism, etc. În fața acestei multitudini de aspirații antagoniste care aspiră la supremație în conştiință, Eu-l nu mai poate utiliza eficace puterea sa de refulare, de unde apariția combinației „B_2” (k-/p+). Aceasta explică prăbuşirea psihică care marchează deseori sfârşitul pubertății. Alături de profilul „B_2”, găsim destul de multe profile de tranziție ca: „B_2C”, „B_2D”, „A_2C’”; aceasta deoarece mecanismul „F” care de notă o asemenea tulburare a frânelor conştiinței, atinge maximul său la această vârstă. La începutul perioadei care urmează maturizării (20-30 de ani), profilul „B2” deține încă rangul 2 ca frecvență, apoi devine din ce în ce mai rar şi dispare aproape complet la bătrânețe.

Sociologic: „B_2” apare cu o frecvență cvasiegală la cele 3 grupe profesionale (muncitori de forță, profesii servile, intelectuali) şi nu se depăşeşte frecvența medie în nici unul din aceste cazuri.

În patologie: o frecvență mai mare se întâlneşte în nevroza de constrângere, inhibiție şi la schizoizi. În cazul ideilor de suicid, frecvența profilului „B_2” este de asemenea mai mare decât valoarea medie. Similar, în psihozele epileptice, în asociație cu idei delirante.

Pe de altă parte, se găseşte de asemenea profilul B_2 la perverşi bisexuali, inflația fiind declanşată prin faptul că aceşti subiecți vor de asemenea să-şi satisfacă dorințele sexuale caracteristice celuilalt sex.

6. Profilul „D”: k+/p+: Eu-l narcisic, „posedat”, pericolul Eu-lui (incapacitate de decizie); intro-inflație

S-au întâlnit până acum două etape critice ale Eu-lui: în profilul „A_2” criza Eu-lui era înnăscută din identificarea extremă a Eu-lui cu dorințele proiectate, fără considerație pentru realitate. Este deci aici, o egoificare autistă, o intro-proiecție care dă pericolul pentru individ (criza introiectivă „k”). În profilul „B_2”, când echilibrul conştiinței este perturbat prin inflația simultană a două aspirații antagoniste ale aceleiaşi trebuințe pulsionale (ambitendințe), Eu-l se află de asemenea într-o situație precară (este criza inflativă „p”).

În profilul „D” criza Eu-lui este dublă, deoarece cele două pericole parțiale, introiectiv şi inflativ, coexistă. Eu-l vrea să fie tot (p+) şi să aibă tot (k+). Acest pericol este şi mai agravat prin faptul că în această combinație a Eu-lui, nici refularea, nici proiecția, nu acționează.

Absența frânelor de siguranță este totală. Individul se identifică activ cu toate conținuturile care ocupă simultan conştiința dorințelor, fără a considera faptul că ele sunt contradictorii şi se exclud reciproc. El egoifiază conținutul acestor tendințe contradictorii şi le încorporează proprietățile, cu toată bipolaritatea lor. Din această cauză Eu-l se hipertrofiază, se dilată sub influența conținutului contradictoriu, producându-se un fel de flux al Eu-lui.

O particularitate psihopulsională a profilului „D” este forța extremă a aspirațiilor umanizatoare: reacția „h-”, care relevă la Eu tendința de a sublima sau socializa (cultural) se găseşte în corelație cu profilul „D” (61% din cazuri), în timp ce în profilul „C’”, (opus lui „D”), se găseşte numai în proporție de 3,5% din cazuri. Reacția „s-„ (spirit cavaleresc față de societate, aspirații civilizatoare), se găseşte în 78% din profilele „D”, în timp ce la profilele „C’” coincide numai în proporție de 11,4%. Aceste corelații strânse cu reacțiile „de umanizare” arată clar pericolul care pândeşte Eu-l atunci când caută să sublimeze aspirațiile pulsionale pe calea umanizării.

Profilul „D” este destul de rar în rândul populației medii el fiind de 2,7%. Studiile de dezvoltare arată că la vârsta de 20-30 de ani această frecvență se dublează. De asemenea, la pubertate frecvența creşte peste medie, însă la prepubertate (9-12 ani) nu se întâlneşte niciodată, ca şşi la bătrânețe, de altfel.

Distribuția după profesii atestă afirmația după care profilul reprezintă un grad extrem de sublimare a pulsiunilor naturale. Într-adevăr, intelectualii dau de 2,5 ori mai multe profile „D” față de media populației; în schimb, el aproape lipseşte la celelalte două categorii de profesii amintite.

În patologie: este frapant faptul că frecvența cea mai mare a profilului „D” se găseşte în psihoza epileptică, bolnavi care se cred a fi „sfinți”, „apostoli, trimişi ai Domnului, etc. Nu se întâlneşte nici un profil „D” la P. G. demențială, la debilii mintali, la asasini şi spărgători.

7. Profilul „E_{k1}”: k+/p0: Eu-l „profesional”, narcisic, egoist, egocentric, „reproductiv”; introiecție

Profilul „E_{k1}” relevă o stare a Eu-lui în care nevoile resimțite ca dezagreabile atunci când ele intră în conştiință, sunt combătute prin introiecția Obiectului lor în propriul Eu. Obiectul este egoificat, nevoile inflative dispar, atât din conştiința dorințelor, cât şi din inconştient, ceea ce duce la o reacție „p0”. Scopul pulsional este transformat în interiorul Eu-lui, în obiect al profesiei, în afara intereselor. Exemplul clasic al acestui profil este următorul: la un moment dat în viață, apare la subiect exigențe pulsionale schizofrene; el le va combate, de exemplu, devenind medic specialist sau infirmier de schizofreni. Schizofrenia, care a apărut la origine sub formă de nevoi pulsionale proiectate sau inflative, joacă de acum înainte rolul de Obiect al profesiei, în sfera de interes profesional. Se combat propriile tendințe pulsionale „Sch” diagnosticând sau îngrijind bolnavi manifeşti de acest gen. Se vorbeşte în acest caz de „operotropism” egoifiant, narcisic şi introiectiv.
Operotropismul care se efectuează prin socializare este de natură introiectivă, deoarece Obiectul nevoii pulsionale este încorporat în Eu prin introiecție. El este narcisic, căci medicul în cauză vrea să modeleze pacientul schizofren după propria imagine. Acest operotropism este deseori utilizat de indivizi care au bolnavi mintali printre părinții lor (cosangvinici). În acest caz subiecții se simt atraşi de aceşti părinți , devenind deseori psihiatri, psihologi, etc.
Se poate spune că aceşti indivizi se identifică, prin introiecție, cu boala părinților (sau cu bolnavul respectiv).

Frecvența medie a acestui profil este de 3,8%. În cursul dezvoltării atinge maximum la vârsta alegerii profesiei (19-20 de ani). După această perioadă devine din ce în ce mai rar, dispărând total la bătrânețe.

Repartiția după profesii: acest profil este o excepție la muncitorii de forță sau la cei cu profesii servile. Se găseşte cu o frecvență de 4-5 ori mai mare decât media la psihiatri, psihologi, şi în general la cei care se ocupă cu bolile (nervoase) pulsionale sau se află în raport cu bolnavi din această categorie (filozofi-scriitori sau profesori din această categorie).

În patologie: acest profil este rar; se poate observa uneori în psihoza epileptică şi la debilii mintali.

8. Profilul „E_{k2}”: k±/p0: Eu-l obsedat; Eu-l masculin care se detaşează; introiecție şi refulare

Acesta este profilul partenerilor uniunii dualiste, care se detaşează (cel care părăseşte dă acest profil (vezi uniunea dualistă)).

Frecvența medie a profilului „Ek2” este de 6,1%. Din punct de vedere al dezvoltării, acest profil atinge maximum frecvenței la vârsta de 9-13 ani. La începutul şcolarizării, detaşarea de uniunea dualistă care leagă mama de copil este realizată pe deplin. Această separare este facilitată prin faptul că şcoala îi dă posibilitatea copilului să caute noi Obiecte de egoificare (acumulare de cunoştințe, recitarea exhibiționistă şi narcisică a lecției, etc). Acest fapt se traduce prin pozitivarea lui „k”.

Dimpotrivă, „k” negativ indică debutul dresajului şcolar, aptitudinea de a stabili raporturi. Şi la 3-4 ani există o creştere a frecvenței acestui profil, el corespunzând primei detaşări. Spre deosebire de aceasta, a doua detaşare, la 9-13 ani, este definitivă.

Sociologic: această reacție este dată mai ales de către profesori şi psihologi, cu o frecvență considerabil crescută față de medie.

În patologie: acest profil se întâlneşte foarte des în nevroza obsesională şi isteria cu angoasă.

9. Profilul „E_{k3}”=”A_2D”: k±/p+: Eu-l care posedă un ideal de Eu masculin; Eu-l eficient, înzestrat, anxios; inflație cu mecanisme de constrângere

Acesta este un profil rar, pe care îl întâlnim uneori spre sfârşitul maturizării (17-18 ani). Constituie un profil de trecere de la „B_2”, caracteristic sfârşitului pubertății, la „D”, care relevă criza totală a Eu-lui. Partenerii ambivalenți, care aspiră la separare, nu se pot despărți complet de nevoia de ambitendință (p+). Ei fac orice efort pentru a transforma şi a socializa această nevoie într-o profesie (k+) sau o nevroză (k-), însă nu reuşesc. Acest Eu caută mereu să afirme una dintre tendințele inflative şi a le nega pe altele, fiind bogat în posibilități (Eu eficient, bine înzestrat), însă

exigent față de munca Eu-lui (îi cere acestuia o mare muncă). Este Eu-l subiecților care se abandonează unei munci neîncetate.

Funcția egosistolică masculină (k±) este puternică şi orientează idealul de Eu în sensul acestei masculinități. Această stare psihică (ambitendință şi ambivalență) este întotdeauna acompaniată de un sentiment de anxietate şi chiar angoasă. Din această cauză vorbim aici de un Eu anxios. Această situație este deja apropiată de situația marcată prin „F1" unde domină sentimentul de catastrofă (presentiment) şi frenaj extrem (k± p±).

Frecvența medie a profilului „E_{k3}"=3%. În dezvoltare, frecvența maximă se atinge la începutul perioadei de alegere a profesiunii. El nu se găseşte aproape niciodată în perioada infantilă şi senilă.

Sociologic: acest profil se găseşte cel mai frecvent la intelectuali, mai ales la profesori; este rar la muncitorii de forță; nu se întâlneşte decât foarte rar la criminali (cu excepția fraudei).

În patologie: acest profil este rar. Se întâlneşte mai ales în nevrozele cu angoasă şi în tendințele de suicid.

10. Profil: „E_{k4}"="A_2C'": k±/p-: Eu-l care luptă pentru libertatea sa. Proiecție, frenaj prin mecanisme de constrângere

Este unul din cele mai importante profile de tranziție în dezvoltarea Eu-lui. Până la vârsta grădiniței (5-6 ani) calea dezvoltării este aproape unică. „E_{k4}" reprezintă ultima stație a acestei faze unice. De aici, dezvoltarea capătă un caracter personal luând direcția „D", „C" (eventual „E_p") sau conservând direcția „E_k".

În profilul E_{k4} prezența lui „A_2" semnifică că predispoziția proiectivă, apărută în eşalonul A-dualic subzistă încă (p-) şi concură cu manifestarea aspirațiilor egocentrice, autistice, de omnipotență a Eu-lui (k+). Totuşi combinația k-/p- ne aminteşte că omnipotența cosmodualică a Eu-lui nu este totală şi că copilul trebuie să se adapteze (k-). Această adaptare nu este uşoară, el preferă mai degrabă să se ascundă decât să se adapteze într-adevăr. Această evaziune pentru a scăpa din această situație pulsională periculoasă nu se relevă de la început decât în activitatea ludică (de exemplu jocul Chemin c f). Însă o mare parte dintre copii au la această vârstă tendința de a începe să vagabondeze, încearcă să părăsească casa ca să umble prin lume, ca să nu fie obligați să renunțe la această omnipotență autistică a Eu-lui (Sch+/-). Astfel, copilul desfăşoară „prima sa luptă pentru libertate". Şi, cum copilul este slab combatant, trebuie să eludeze decizia prin fugă (Eu-l „în care fuge"). Acest profil se întâlneşte foarte frecvent la vagabonzii juvenili, la dromomani şi în general în epilepsie.

Frecvența medie este 9,1%. În cursul dezvoltării: se atinge frecvență maximă în anii de la „derobade" (5-7 ani). Activitatea ludică la această vârstă în jocurile cu trenuri, lupta contra incendiilor, joc cu maşini mici. La bătrânețe între 60 şi 80 de ani acest profil reapare şi intră literalmente în a doua perioadă de înflorire. Probabil că la această vârstă indică un paroxism somatic, de exemplu spasmul arterial („E_{k4}" fiind un profil paroxismal al Eu-lui).

Sociologic: se remarcă lipsa profilului la lucrătorii manuali, însă este de 2,5 ori mai mare decât media la profesiile servile.

În patologie: se găseşte adesea în maladiile paroxismale, deci în epilepsie, se întâlneşte de asemenea la melancolici şi bâlbâiți; se găseşte frecvent şi la subiecții cu atitudini antisociale, mai ales la vagabonzi.

Diferite profile ale Eu-lui tip „Ep"

Pentru variante de parteneri ai uniunii dualiste „care au suportat" (au suferit) despărțirea

11. Profilul „E_{p1}": k0/p+: Eu-l „posedat"; inflație psihică; ambitendințe

Ambele tendințe antagoniste ale unei nevoi pulsionale au ocupat conştiința dorințelor, de unde reacția „p+". Eu-l nu poate rezista acestei duble inflații şi se ascunde, se sustrage, de unde reacția „k0". Individul se deschide literalmente nevoilor inflative; inflația domină complet Eul.

Frecvența medie este 3,5%. În dezvoltare: „Ep1” nu se întâlneşte niciodată înainte de 20 de ani şi între 60 şi 80 de ani. Frecvența maximă este între 20 şi 30 de ani.

Sociologic: intelectualii (scriitorii, medicii, psihologii) au cea mai mare frecvență, în special cei care au idei de reformă socială. Deci, posesiunea printr-o idee se face la ei nu sub semnul activității, ci al înfloririi pasive în Obiect şi al unei atitudini de servitudini fanatice față de el. Aceşti oameni trăiesc într-o febră continuă care le face să le strălucească ochii. Ei se consumă în această luptă pentru triumful ideii lor şi pentru distrugerea ideilor opuse ei.

În patologie: profilul „Ep1” este rar. Cel mai adesea se întâlneşte la cei cu idei megalomanice şi în psihoza epileptică (paranoia epileptiformă). El îi influiențează adesea epilepticii care nu şi-au pierdut total Eu-l lor anterior (k0) şi nu ajung la o stare de sclerozare a Eu-lui în favoarea propagării unor idei delirante de ordin religios (ei fiind totodată umili servitori ai lui Dumnezeu şi ai profeților lui).

Partenerii uniunii dualiste care au suferit despărțirea sunt caracterizați, în principiu, prin reacția „p±„. Aici se pot găsi 3 posibile reacții a lui „k”:

- absența Eu-lui (k0);
- introiecția (k+);
- refulare (k-).

Aceste variante vor fi studiate în continuare.

12. Profilul „E_{p2}”: k0/p±: Eu-l abandonat, pasiv, feminin; proiecție şi inflație şimultană

1. Reacția „p±” indică că o nevoie oarecare se află într-o fază intermediară. Când este vorba de nevoia uniunii dualiste, atunci, cel mai frecvent, tendința de acroşare intră în inflație, iar aspirația de detaşare se proiectează.
2. Aspirațiile proiective şi inflație sunt atotputernice, căci Eu-l este incapabil să le reziste (k0).
3. Prin urmare, se înțelege că Eu-l care a suferit despărțirea (partenerul pasiv) intră, cade într-o stare jalnică. El este fixat şi cramponat de partenerul care caută să se detaşeze (de exemplu mama, tatăl, fiică, prietenă, soție, etc.). El este torturat de o mare angoasă determinată de această despărțire, acordându-i o importanță exagerată, rezultând idei de acuzare şi suspiciune.
4. Este o stare pe care nu o poate suporta şi din care nu găseşte altă ieşire decât narcomania, melancolia sau suicidul. Uneori el încearcă să înlocuiască partenerul care i-a constituit sprijinul psihic printr-un ideal sau printr-o instituție socială (religioasă sau ştiințifică). În aceste cazuri, „Proba de asociație factorială” arată, în general, că în spatele acestui ideal se ascunde o aspirație de uniune dualistă cu persoane bine determinate. Putem spune fără exagerare, că ideile care au un mare grad de penetrație şi de succes au o mare extensie şi putere,aceasta datorându-se aspirațiilor latente de uniune dualistă, care se găsesc la un mare număr de indivizi. Se pot naşte mari mişcări de mase, în care un mare număr de oameni pasivi, având nevoie de uniune dualistă, se grupează în jurul partenerilor activi.

Frecvența medie este 2,6%.

În dezvoltare acest profil este caracteristic primilor 3 ani (constituie al doilea eşalon al Eu-lui). Copilul este atunci constrâns să părăsească starea dualistă primitivă (eşalonul „A_1”) cu mama sa. Conştiința dorințelor este parțial ocupată de dorințele de acroşaj. Aspirația antagonistă acționează prin proiecție. Copilul se teme că mama sa îl va părăsi. El nu posedă încă „Eu-l care ia poziție” pentru că aptitudinea de egoificare şi introiecție nu este încă formată.

Sociologic: acest profil poate în mod excepțional reapărea la adulți, sub formă socializată, atunci când individul este constrâns să desfacă o uniune dualistă (căsătorie, prietenie sau „ideal”). „Reformatorii” şi propagandiştii dezamăgiți de idealurile lor, se refugiază atunci într-o nevroză paranoidă (în general vorbind).

În patologie: se întâlneşte la schizofrenii paranoizi şi la homosexuali. Nu se găseşte în fobii şi ipohondrie.

13. Profil „E_{p3}": k+/p±: Eu-l abandonat introiectează obiectul care i-a determinat supărarea; Eu-l care acceptă feminitatea (E_{p3}+A_2D)

Acest profil este caracterizat prin următoarele elemente:

1. Partenerul dualist abandonat (pasiv) încearcă să iasă din situaţia penibilă în care se găseşte, fie egoificând Obiectul aspiraţiilor inflative (de a acroşa), fie punând posesie asupra lui, fie căutând un obiect nou şi trăind într-o profesie narcisică aceste aspiraţii la uniunea dualistă (de exemplu medicul şi pacienţii lui, profesorul cu elevii săi, etc.).
2. Combinaţia k+/p+ (mecanismul „D") relevă o criză totală a Eu-lui. Se poate realiza de asemenea combinaţia k+/p-, adică mecanismul „A_2" prin care individul recade în eşalonul de Obiectualitate cosmodualică a Eu-lui primitiv (ca urmare a egoificării aspiraţiilor pulsionale proiectate). Pericolul este în acest caz agravat prin inflaţie simultană a aspiraţiilor de acroşaj.

Frecvenţa medie a profilului „E_{p3}" este 1%. În dezvoltare: frecvenţa relativă cea mai mare se întâlneşte în perioada infantilă; el constituie atunci trecerea în al doilea eşalon (E_{p2}) şi al treilea (A_2). Copiii ajung în această stare când deja s-a spart uniunea dualistă cu mama; separarea este atunci în curs şi copilul se vede constrâns să caute un nou Obiect (k+). Acest profil constituie primul pas spre constituirea „Eu-lui care ia poziţie", deci spre introiecţie şi egoificare. Se înţelege astfel de ce se găseşte atât de rar după 3-4 ani.

Patologic: şi aici acest profil este extrem de rar. Se întâlneşte uneori în cazuri de psihoze epileptoide, nevroze cu angoase şi la homosexuali.

14. Profilul „E_{p4}=B_2C'": k-/p±: Eu-l în fază de depersonalizare. Eu-l gelos se reântoarce asupra lui însuşi; negarea proiecţiei şi inflaţiei

În această fază subiectul neagă (k-) starea sa de abandon (p±). Eu-l ajuns într-o stare foarte tristă, nu poate socializa nevoia uniunii dualiste şi este constrâns în a se refugia în refularea nevrotică. Însă Eu-l nu poate menţine această stare şi caută să o rezolve introducând agresivitatea contra lui însuşi. El este deviat de realitate (se depersonalizează=pierde personalitatea obişnuită). Acceptarea realităţii prin introiecţie se face defect. Adesea el caută o ieşire din această situaţie pulsională insuportabilă în suicid. Copii care dau acest profil au în mod obişnuit gesturi de „automutilare" compulsivă (îşi rod pielitele unghiilor, îşi smulg crustele bubelor, zgârieturi). Acest profil relevă şi gelozie şi dorinţă de răzbunare.

Frecvenţa medie este 7,2%.`În dezvoltare: se întâlneşte mai ales în perioada copilăriei, când, datorită presiunilor exterioare şi a propriei conştiinţe, copilul trebuie să renunţe la nevoia uniunii dualiste şi să se adapteze la anturajul său. El constituie atunci un profil de tranziţie între „B2" şi profilul de dresaj „C'" (perioada grădiniţă-debutul şcolii). Se întâlneşte la adulţi între 17 şi 60 de ani.

Sociologic: este mai frecvent în profesiile servile, în criminologie. Se întâlneşte cu mare frecvenţă la asasini şi la psihopaţii sexuali instabili.

Patologie: profilul E_{p4} are o importanţă considerabilă pentru diagnosticarea candidaţilor la suicid (se întâlneşte extrem de frecvent la cei cu tentative de suicid). Se întâlneşte de asemenea la cei cu depersonalizări, în ipohondrie, gângăveală, în isteria de conversie şi homosexualitate.

Profile ale Eului de tip F – profile ale integrării şi dezintegrării Eului.

Această clasă de profile este caracterizată prin voinţa individului de a menţine integritatea conştiinţei utilizând la maxim frânele Eului. Subiectul caută astfel să scape de destinul său pulsional. Însă Eul ajunge la un moment dat în starea disperată a partenerului dualist care efectuează separarea (Sch ±/0) şi a celui care o suportă (Sch 0/±). Este vorba de indivizi care, în urma catastrofei, survenită în uniunea dualistă, sunt constrânşi la un joc dublu. Această situaţie apare atunci când un individ încearcă a realiza o uniune dualistă cu două persoane diferite în acelaşi timp. Atâta timp cât frânele Eului sunt bune, individul reuşeşte să salvgardeze conştiinţa sa, însă trăieşte

constant angoasa unei catastrofe sau a morţii (profilul F1). În anumite cazuri excepţionale, se produce o schimbare a Eului (F2) în urma căreia apare adesea un nou Eu.

15. Profilul „F_1": k±/p±: Integrarea Eului

Acest profil poate fi considerat ca un amestec dintre Eul în pericol total (D) şi Eul de dresaj (C'). Individul încearcă, cu tot pericolul în care se află Eul, a se adapta la ceea ce îl înconjoară; pentru aceasta utilizează toate frânele conştiinţei, care sunt supuse astfel la mare tensiune.

Cel mai adesea, nevoia uniunii dualiste, printr-una din aspiraţiile sale de acroşaj sau de detaşare, cauzează inflaţia psihică. Aspiraţiile antagoniste acţionează atunci prin proiecţie. Eul care ia poziţie devine flotant şi nu poate alege o soluţie definitivă. De exemplu, individul face tot posibilul pentru a se detaşa de tatăl sau de mama sa. Aceste aspiraţii declanşează o criză a Eului în cursul căreia el se leagă prin proiecţie de o altă persoană, oricât ar încerca să refuleze această legătură. Sau el se leagă de un individ de o manieră narcisică şi această legătură domină conştiinţa dorinţelor la fel ca Eu-l care ia poziţie; de unde criza Eu-lui „k+/p+". Subiectul îşi acuză mama sau tatăl că a cauzat blestemul său, însă rămâne totuşi în casă şi se adaptează la anturajul său el vrea să fie un bun fiu (fiică); însă el devine nevrozat şi este torturat de continua angoasă a morţii. Presentimentul catastrofei este cauza tensiunii permanente la care sunt supuse frânele conştiinţei. El caută să iasă din această situaţie critică cu ajutorul unei căi proximale, uneori de accese de panică sau de scene isterice (toate nuanţate ipohondric), însă cel mai adesea prin apariţia periodică a unor crize de tahicardie paroxistică.

Frecvenţa medie este 2,3%.

În dezvoltare: acest profil este frecvent la pubertate şi mai ales în a doua pubertate (13-16 ani). De asemenea, este relativ frecvent între 17 şi 20 de ani. Nu se întâlneşte niciodată în pubertatea infantilă şi în perioada de senilitate.

Sociologic: intelectualii dau de 3 ori mai multe profile „F1". Interesant că se găseşte cu o frecvenţă ridicată la psihologii intuitivi. Se pare că psihologii şi psihoterapeuţii au cele mai mari posibilităţi pentru a obţine simultan mai multe uniuni dualiste şi pentru a socializa prin urmare această nevoie pe cale operotropă. Profilul „F1" se găseşte rar la criminali şi la homosexualii nemanifeşti.

Patologic: cel mai adesea se întâlneşte în nevroze cu angoasă (fobie); se mai întâlneşte la criminalii pasionali şi la debilii mintali.

16. Profilul „F_2": k0/p0: Eu-l dezintegrat; transformarea Eu-lui; schimbarea Eu-lui; pierderea Eu-lui

O nevoie pulsională inconştientă posedând un dinamism extrem de ridicat face brusc irupţie şi ocupă conştiinţa dorinţelor de o manieră cvasi explozivă. Ea devine atotputernică. Eu-l nu poate suporta omnipotenţa acestei nevoi pulsionale periculoase; va lupta din toate puterile împotriva acestei nevoi pulsionale care vrea să-l domine. El reuşeşte s-o alunge din conştiinţă, însă individul plăteşte această ispravă cu pierderea Eu-lui. Rezultă o stare de stupoare, nebulozitate, caracterizată prin absenţa în acelaşi timp a Eu-lui care ia poziţie (k0) şi a proiecţiei sau inflaţiei (p0). Nevoile pulsionale şi Eu-l care ia poziţie dispar în acelaşi timp. Uneori subiectul nu pierde decât conştiinţa referitoare la vechiul Eu şi poate apărea din nou, Eu-l care îl ignoră pe cel vechi (schimbarea Eu-lui). Această schimbare se poate traduce clinic prin pierderea conştiinţei, individul nu mai ştie nimic despre vechiul Eu; această stare este în general pasageră.

Două fapte clinice lămuresc semnificaţia profilului „F_2". El se găseşte des în echivalentele epileptice, ca dromomania sau stările de stupoare schizofrenică, nevrotică obsesională sau ipohondrică, stupoare aschizofrenică. Pe de altă parte, el apare la artiştii creatori (scriitori, pictori, sculptori) în momentele lor de extaz creator paroxistic.

Frecvenţa medie este 3,8%.

În dezvoltare: frecvenţa maximă se întâlneşte între 17 şi 20 de ani, deci în perioada alegerii profesiei şi unde se poate arăta sub mască noul Eu, „Eu-l profesional". Se găseşte adesea şi la 60-70

de ani, atunci când „Eu-l senil” îşi face apariţia. Între 70-80 de ani schimbarea Eu-lui se vede foarte rar.

Sociologic: nu se găseşte practic niciodată în profesiile servile; intelectualii dau de două ori frecvenţa medie. Se găseşte uneori în straturile inferioare ale societăţii, la cei care trăiesc într-o stare vegetativă animalică (conştiinţă în ceaţă).

Patologie: se găseşte cu o frecvenţă considerabilă la vagabonzi şi dromomanii epileptoizi. Examenul clinic arată că la aceşti indivizi conştiinţa se află într-o stare crepusculară atunci când încep să vagabondeze (de multe ori nici nu ştiu de ce se află, de când, etc). Psihiatria admite că dromomania este o formă de epilepsie psihică (un echivalent psihic al epilepsiei). Cele de mai sus confirmă acest lucru.

Profilul „F_2” se întâlneşte mai ales în schizofrenie, în nevroza obsesională cu stări de stupoare, şi de asemenea în stările crepusculare epileptice şi în debilitatea mentală (cu conştiinţă obscură deci). Se mai întâlneşte la homosexuali, fără nici o îndoială, atunci când are loc (atunci când are loc schimbarea sexului Eu-lui).

Epocile vieţii, clasele pulsionale şi formulele pulsionale

Epoci de viaţă	Cls. puls.	Ordinele gradelor de latenţă	Formula pulsională		Q. T.d.t.
			Simplă	Completă	
Prima copilărie. Perioadă îmbufnări copii de 3-4 ani n=75	Cm-	Cm Sh Phy Sch 6,5 3,8 3 0	e d p k	e d hy s h m p k	1,7
Vârsta grădiniţei. Perioada de latenţă (Freud); 5-6 ani n=150	Sh+	Sh Cm Pe Schp 17,5 8 5,7 5,5	hy h	hy d k e p s m h	1,6
Debutul şcolarităţii, 7-8 ani n=100	Cm-	Cm Sh Pe Schp 20 14 5 1	hy m h	hy k p e d s m h	2
Prepubertate, 9-12 ani n=125	Cm-	Cm Phy Sh Schk 21,6 20 17,6 7	e m h	e d p k hy s m h	1,6
Debutul pubertăţii secunde, 13-16 ani n=200	Cm-	Cm Phy Schp Sh 14,5 9 5 4,5	d h	d e k p hy m s h	1,7
Sfârşitul pubertăţii, 17-18 ani n=175	Cm+	Cm Phy Ss Sch 21,6 9,7 5,5 0	d s	d s p k m hy h s	1,6
Epoca alegerii profesiei 19-20 ani n=100	Sh+ Phy-	Sh+ Phy- Schk C 11 11 8 0	e p h	e p m d hy s k h	1,6
Tinereţea, 21-30 ani n=300	Sh+ Cm+	Sh Cm Phy Schk 17 15 12 6	e d h	e d p s hy k m h	1,77
Fondarea căminului, 31-40 ani n=300	Cm+	Cm Sh Phy Schp 19 10 5 1,4	d h	d e s hy k p m h	1,8

Retur d'age Cilax „Anii periculoşi" 41-60 ani n=250	Sh+	Sh Phy Schk Cm 22 10 5,6 2,8	e h	e d m s hy p k h	2,0
Debutul bătrâneţii, 61-70 ani n=250	Cm+ Sh+	Cm Sh Schp Phy 19,6 18 11,5 11,6	e d p h	e d s hy k m p h	1,5
Bătrâneţea, 71-80 ani n=84	Sh+	Sh Schp Phy Cm 33,5 27 16,5 14	d s p	e s k m hy h p	2,5
Senilitatea; involuţie, 81-90 ani n=45	Sh+	Sh Phy Schp C 29 24,4 22 0	e p	e s k d m hy h p	2,0

n = numărul de subiecţi examinaţi

CAPITOLUL IX – Caracterizarea unui individ cu ajutorul metodei empirice a pulsiunilor („linne")

Conţinut:

- Caracterizarea unui individ cu ajutorul metodei empirice „Linne" a pulsiunilor;
- Descrierea detaliată a claselor pulsionale;
- Exerciţii de interpretare după această metodă;
- Tabele de interpretare (6-15);
- Anexa asupra terminologiei folosite

Caracterizarea unui individ cu ajutorul metodei empirice „linne"

Metoda:

- Se culeg 10 profile consecutive, se înscriu într-un tablou, specificând valorile obţinute (+, -, ±, 0);
- Se raportează pentru fiecare profil (orizontal) şi pentru fiecare vector (vertical), valoarea ∑, ∑± şi totalul ∑0 şi ∑± ceea ce înseamnă gradientul de tensiune a tendinţelor (Q. T. d. t.);
- Se determină cele 4 T. d. t. vectoriale;
- Se determină ordinea gradelor de latenţă;
- Se determină clasa pulsională actuală;
- Se întocmeşte, plecând de la cele 8 grade de T. d. t. formula pulsională prescurtată şi completă;
- Se determină Q. T. d. t.;
- Caracterizarea subiectului pornind de la clasa şi de la formula sa pulsională, conform cu tabelul pulsional.

Exemplu: Tabloul tensiunii tendinţelor, artist liric, 65 ani.

Examen nr.	S		P		Sch		C		Grad Tdt pe zi		
Data	h	s	e	hy	k	p	d	m	∑0	∑±	∑0 şi ±
I/ 24.01	+!!!	0	-	0	-	-	+	-!	2	0	2
II/ 25.01	+!	0	-	+	-	-	+	-	1	0	1
III/ 26.01	+!!	0	-	+	±	-	0	-	2	1	3
IV/ 27.01	+	0	±	±	0	-	+	-	2	2	4

V/ 31.01	+!!!	0	-	+	0	-	0	-	3	0	3
VI/ 10.02	+!!!	0	0	0	-	-	+	±	3	1	4
VII/ 15.02	+!!	0	-	+	-	-	+	-	1	0	1
VIII/ 15.02	+!!	0	0	+	-	-!!	+	-	2	0	2
IX/ 27.02	+!!!	0	0	0	0	-	+	-	4	0	4
X/ 28.02	+!!!	0	-	+	-	-	+	-	1	0	1
XI/ 29.02	+!!!	0	0	0	---	-!	+	-	3	0	3
XII/ 04.03	+!!	+	0	+	-	-!!	0	-	2	0	2
XIII/ 30.03	+!!!	0	-	0	-	-	+	-	2	0	2
XIV/ 09.04	+!!!	0	-	+	-	-	0	-	2	0	2
XV/ 10.04	+!!!	+	-	+	-	-!!	0	-	1	0	1

Grad Q.T.t.									Total
∑0	0	13	5	5	3	0	5	0	31
∑±	0	0	1	1	1	0	0	1	4
Grad T.d.t.	0	13	6	6	4	0	5	1	35

Q. tensiunii tendințelor = 0/± = 31/7=7,7. Tensiune cantitativ ridicată (!!)

A) Determinarea clasei pulsionale.

Se efectuează ținând cont de ordinea gradelor de latență:

s-h = 13-0 = 13 Sh+
d-m = 5-1 = 4 Cm-
k-p = 4-0 = 4 Sch.p-
e-hy = 6-6 = 0 Pe.hy.

Ordinea gradelor de latență este deci următoarea:

$\underline{S_h + : C_m - : Sch._p : P_{e.hy.}}$
13 4 4 0

Pacientul aparține deci clasei S_h+

B) Stabilirea clasei pulsionale.

Se clasează mai întâi gradele T.d.t. factoriale în ordinea mărimii:

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
	s	e	hy	d	k	m	p	h
Grade T.d.t.	13	6	6	5	4	1	0	0
Reacții simptomatice	0	0	0	0	0±	±		
Factori rădăcină	(+)	-	+	+	-	-	-!!	+!!!
Formula pulsională prescurtată			Formula pulsională completă					
s h			s13 e6 hy6 d5 k4 m1 P0 h0					

Se caută mai întâi pe orizontală formula prescurtată şi apoi cea completă (1). Formula pulsională în acest tabel figurează fără factorii mijlocii, sublatenți sau submanifești.

La rubrica: s sun no. 4 se găsește formula căutată s; e hy/ h p m cu diagnosticul: psihoză isterică, isterie-epilepsie, parafrenie, schizofrenie Q.T.d.t. este ridicat (=7,7) fiind un indice al agitației pacientului.

Diagnosticul clinic este în total acord cu cel experimental. (Două o mătuşă moarte în azil; numeroase tentative de suicid, halucinații cu asasini; stări alternante de depresie şi coleră, isterie; un prim diagnostic clinic: psihoză isterică, apoi la un an după aceasta, psihoză maniaco-depresivă).

Clasificarea „linne” a pulsiunilor

Trei noțiuni ne permit să caracterizăm un subiect în individualitatea lui; clasa pulsională, formula pulsională şi cotientul, ca tensiune a tendințelor.

1. Clasa pulsională:

Clasa ne permite să decelăm în care pulsiune s-a localizat cel mai puternic pericol pulsional actual (el se poate schimba) individul, poate deci modifica aparența sa la o clasă şi poate trece la alta. Viața pulsională are o anumită labilitate determinată de modificările posibile în mediul genic interior şi de influențele exterioare (de exemplu, un şoc). Cercetările au relevat următoarele:

- o parte din subiecți conservă apartenența la aceiaşi clasă, alții nu (schimbă această apartenență);
- schimbarea clasei nu se face la întâmplare, ci urmează o serie de reguli bine determinate; cele două clase (din care se iese în care se intră) se găsesc în strânse relații psihopulsionale.
- Cel mai adesea schimbarea se face astfel:
  a. între clasele pulsionale extreme din punct de vedere al gradelor de latență;
  b. între clase având grade de latență egale sau aproape egale;
  c. între clasele cu cel mai mare grad de latență şi imediat inferior.

În toate aceste cazuri, o clasă ocupă locul celeilalte din punct de vedere al gradului de latență.

Concluzie: în viața pulsională a oamenilor, două pulsiuni îşi dispută cel mai adesea supremația, atât în domeniul latent, cât şi în acela al manifestărilor evidente, aceste două „antagoniste" pot alterna în rol, însă din punct de vedere psihopulsional sunt solid cuplate şi nu pot fi separate. Se pare că omul nu poate scăpa de acest joc antagonist al celor două pulsiuni; pulsiunea care dirija la un moment dat latența cedează locul antagonistei sale, care domină în domeniul simptomatologic. Unica soluție constă în a socializa energia pe care o degajă acest turbion pulsional; aceasta este însă o sarcină grea.

2. Formula pulsională:

Formula ne dă diferența specifică în cadrul aceluiaşi „gen" pulsional. Ea ne informează asupra factorilor rădăcină (deci asupra nevoilor pulsionale) care, prin nesatisfacere, sunt cauza pericolului, al turbionului pulsional care amenință subiectul. Însă subiectul poate utiliza ca 2"supape" pulsionale pentru a scăpa de pericol, ieşiri ieşiri de siguranță foarte diferite. Formula ne va indica natura lor (supapele alese). Deci, clasa pulsională ne informează asupra naturii pericolului (factorii rădăcină), iar formula pulsională asupra „ieşirilor de siguranță" alese de subiect pentru a ieşi din acest pericol (factorii simptomatici de la numărători, indică tocmai aceste posibile supape.

Studiile arată că „alegerea" supapei este condiționată tot de echipamentul genetic.

Şi formula pulsională poate varia, existând şi aici legi precise:

- factorii simptomatici devin factori rădăcină, adică, o nevoie până atunci satisfăcută devine, temporar, insatisfăcută;
- pot avea loc şi variații în sens invers;
- un factor simptomatic devine submanifest sau invers.

Cu toată această variabilitate, există o relativă constanță a rădăcinilor ei profunde, constanță determinată de structura pulsională a respectivului individ, structură care nu poate prea labilă, totuşi, clasa şi structura pulsională a unui individ poate varia în timp, însă direcția acestei variații şi calitatea factorilor care o suferă rămâne stabilă (ceea ce este esențial).

3. Gradientul tensiunii tendințelor=Q.T.t:

Serveşte la determinarea experimentală a comportamentului, a conduitei subiectului. Din punct de vedere pulsional, Q.T.t este relativ stabil, putând varia între 1 şi 3. O valoare rigidă a Q.T.t sub 1, presupune şi un exces de amplitudine, dând informații prețioase pentru psihodiagnostic.

Rigiditatea Q.T.t este caracteristică mecanismelor de constrângere, manifestărilor catatonice, comportamentului schizoid. Amplitudinea exagerată a variației (de exemplu, de la 0,5 la 10), din contră, este un indice a comportamentului isteroid, epileptiform, circular.

Relaţia dintre vârstă şi destinul pulsional

Tabelul următor dă indicaţii asupra transformărilor psihice pe care le suferă individul în viaţa sa pulsională. În mod normal, omul între 3 şi 90 de ani aparţine la două clase pulsionale: Cm şi Sh. Clasa Cm-, a abandonaţilor, solitarilor, cuprinde copii între 3 şi 16 ani. Clasei Cm+ îi aparţin alte categorii.

Dacă subiectul face parte din alte clase decât cele indicate, aceasta indică fie că este bolnav, fie că este purtător al unor predispoziţii pulsionale intens relevate de P sau Sch şi pe care le socializează de o manieră oarecare.

Există deci numai două nevoi pulsionale care, în condiţii normale constituie un pericol pulsional: nevoia de tandreţe faţă de acel sex (homosexualitate) şi nevoia de acroşaj. Aceste nevoi sunt cele mai vechi, ontogenetic fiind refulate în stare de latenţă, de unde pun în pericol, eventual, viaţa pulsională. Se constată că factorii „e" rămân toată viaţa ca factori simptomatici.

Descrierea detaliată a claselor pulsionale cele mai importante în psihopatologie

1. Clasa pulsională Sh+: clasa bisexualităţii latente şi a brutalităţii infantile

Destinul pulsional al subiecţilor din această clasă este condiţionat de nesatisfacerea nevoilor de tandreţe şi de bisexualitate.

Ei încearcă cu brutalitate să se despăgubească de pierderea obiectului până atunci dispensator de tandreţe. Această nevoie este totuşi recunoscută ca o exigenţă umană comună. Din această cauză nu trebuie să ne mire faptul că în clasele Cm+, Sh+, sunt cuprinşi cei mai mulţi subiecţi normali. Mecanismele pulsionale ale acestei clase se pot caracteriza astfel:

- După pierderea Obiectului primar (mama sau obiectul vechi), subiectul cade într-o stare întunecată de abandon. El suportă dificil această solitudine şi începe să caute un nou Obiect capabil să satisfacă nevoia lui de tandreţe. De unde reacţia „h" şi „d" aproape constant pozitive la reprezentanţii acestei clase. Însă, în căutarea acestui nou Obiect, ei se pot arăta foarte agresivi, de unde reacţia s0.
- Subiecţii sănătoşi găsesc un nou Obiect şi părăsesc clasa Sh+. Devin bolnavi cei care nu reuşesc niciodată să găsească acest Obiect de tandreţe. Ei sunt atunci legaţi pe întreaga viaţă de destinul pulsional al nevoii nesatisfăcute de tandreţe.

Fazele normale ale vieţii în cursul cărora omul face parte din clasa Sh+ sunt următoarele:

- copii între 5 şi 6 ani;
- adolescenţi de 19-20 de ani;
- adulţi de 41-60 de ani;
- bătrânii senili între 70-90 de ani.

Posibilităţile destinului patologic al acestei clase sunt:

- o presiune, angoasă;
- dromomanie, vagabondaj;
- furtul, care este atunci, mai ales la copii şi adolescenţi, o compensare a pierderii obiectului de tandreţe;
- spărgători şi criminali;
- epilepsie sau istero-epilepsie;
- depresie paranoidă;
- schizofrenie paranoidă sau schizomanie.

Se pot întâlni de asemenea sublimări ale solitudinii şi, în parte, ale tandreţii, în profesii de „homosacer" ca: preot, profesii religioase sau în profesii: sado-umaniste – ca aceea de critic.

Această enumerare arată de asemenea că individul devine agresiv după pierderea Obiectului tandreții. Această agresivitate poate fi îndreptată către sine însuşi (rezultând angoase, epilepsie, depresie paranoidă) sau poate fi îndreptată către altul (furt, spargere, crimă).

Dar faptul că jumătate dintre oameni aparţin în anumite perioade ale vieții lor acestei clase pulsionale are şi o altă cauză: factorul „h" indică de asemenea şi dorințele bisexuale, ontogenetic anterioare. Insatisfacția, de-a lungul întregii vieți, a acestei nevoi bisexuale explică de ce circa jumătate dintre oameni nu pot părăsi niciodată această clasă pulsională Sh+. Pentru a o putea părăsi trebuie ca o altă nevoie pulsională să devină şi mai nesatisfăcută, mai dinamică decât exigența ontogenetică a bisexualității. Cel mai adesea, această dorință mai puternică, nu este alta decât aceea de acroşare. Din această cauză clasele Cm- şi Sh+ au cel mai mare număr de reprezentanți dintre oamenii normali.

Discriminarea între variantele normale şi cele patologice ale clasei pulsionale ale clasei Sh+ se face cu ajutorul formulei pulsionale.

Formulele pulsionale sunt următoarele:

e s	e d	e d	e d
h p	h p	h k	m h

Sunt caracteristice indivizilor normali.

De asemenea, se pot distinge diferite forme de nevroze şi psihoze cu ajutorul formulelor pulsionale (vezi tabelul Sh+).

2. Clasa pulsională Ss-: clasa parametrilor uniunii dualiste, masochiştilor, metatropiştilor:

Reprezentanții acestei clase au ca factor-rădăcină determinant exigența nesatisfăcută a agresivității, eventual sado-masochistă.

Virilitatea, agresivitatea şi sado-masochismul nesatisfăcut constituie pericolul pulsional.

Forma tipică a sexualității acestor subiecți este inter-sexualitatea. Femeile arată în aspectul lor corporal, semne de masculinitate. Altele sunt de aspect infantil, dar examenul medical arată stigmatele inter-sexualității sau chiar ale hermafroditismului (de exemplu peni-clitoris). Bărbații din această clasă au, de asemenea, o structură corporală intersexuală. Ei aspiră să formeze uniuni dualiste sado-masochiste. În relațiile lor cu partenerii, sunt ghidați de dorința de a fi atacați pe neaşteptate, de a fi învinşi, de a se lăsați violentați (s-), în caz contrar trec chiar ei la acțiune şi le provoacă partenerilor tratamente sadice. Scopul pulsional al sado-masochiştilor este de a fi înlănțuit şi legat de partener. Fără ei sunt incapabili de a trăi şi a munci.

Dacă uniunea dualistă este distrusă, agresivitatea refulată poate ieşi din latența sa, femeile devin amazoane, dornice de răzbunare(ele dau atunci reacția s+ şi trec în clasa Ss+). Răzbunarea este uneori potolită sub formă de nimfomanie, iar la bărbați prin „flirt" cu homosexualitatea. Este însă greşit să se creadă că în spatele nimfomaniei se ascunde o hipersensibilitate. Nimfomania, nu este, la femei, decât forma corespondentă a reacției hipomaniacale.

După catastrofa care a pus capăt uniunii dualiste, ele trăiesc abandonul pe ici pe colo, se agită fără scop precis, la fel ca hipomaniacul. Ele dau atunci adesea, în aceste stadii, reacțiile clasei Cm-. Din punct de vedere psihopulsional, clasele Ss- şi Cm- sunt strâns legate. Subiecții din clasa Ss- încearcă să-şi procure o despăgubire pentru pierderea partenerilor dualişti prin exagerarea unor acte ca: mâncare, băutură, fumat, vorbărie; ei merg adesea până la narcomanie. Ei îşi trăiesc nevoia de a se agăța, sub formă sadico-orală. Alții încearcă să scape de pericolul pulsional al uniunii dualiste, prin practici anale ca: onanism anal, spălături intestinale luate cu ceremonial, etc. În această fază ei intră adesea în clasa „puriştilor", după ce, anterior au trecut prin clasele Ss- şi Cm-; Subiecții „îşi spală petele" (deci clasa pulsională (pe+). Dacă ei găsesc sau regăsesc un partener dualist adecvat, se întorc imediat în clasa sado-masochistă Ss-, care este clasa lor fundamentală. Ei nu utilizează clasele Cm- şi Pe+ decât ca „ieşiri de siguranță" în caz de insucces a uniunii dualiste sado-masochiste. În spatele uniunii dualiste, se ascunde adesea o dorință incestuoasă sau homosexualitate latentă care se revelează sub forma unei pasiuni pentru un prieten, profesor, cărora ei li se aservesc total. Totuşi, ei nu inversează decât rareori scopul lor pulsional care-i conduce

mereu spre masochism (metatropism). Profilele sexuale caracteristice ale acestei clase sunt: S=0/-; S=±, mai rar S=+/-; S=0/±; S=+/0.

Profilul S=+/0 este dat de cei care încearcă socializarea masochismului lor. La copii, reacţia S=0/-! Este un semn rău: pseudodebilitate, demenţă precoce. Profilul S=±/- sau S=±/0 sunt caracteristice masochiştilor care utilizează mecanisme de constrângere. Viaţa efectivă este caracterizată prin aspiraţii la socializare şi sublimare. Ei aspiră intens la a fi buni, drepţi, caritabili, adesea pioşi. În faza de hipomanie, ei se exhibiţionează bucuroşi. Dar, cel mai adesea, ei luptă împotriva unui sentiment de inferioritate. Ei doresc să ducă o viaţă etică, însă nu o pot face decât atunci când îşi umanizează complet sexualitatea. În stadiul hipomaniacal (Cm-) ei devin demoni agresivi, adesea criminali sau fără frâne sexuale (e0; d0; k-).

Profilul afectelor este: P+/±, adică acela care se dă în spectacol. Cei care sunt în pragul compulsiilor dau P±/0. Din contră, subiecţii care oscilează dau „Frica lui Abel": P+/-, iar subiecţii patologici obţin P±/± sau P+/+. La vindicativi P=-/±. Profilul Eu-lui variază cu aptitudinile de socializare. Subiecţii sănătoşi din această clasă sunt capabili să rezolve dilema sexuală în Eu-l lor (h± şi s-). Ei dau atunci profilul Eu-lui: D: Sch+/+ sau Ep3: Sch+/± şi devin hiper-raţionalişti care îşi discută şi interpretează aspiraţiile lor iraţionale şi emoţiile lor obsedante provocând teroare în anturajul lor.

Cei care luptă cu mecanismele obsesionale dau adesea profilul E_{k2}=Sch0 sau Ek=Sch-/0; profesioniştii narcisici: E_{k1}=Sch+/0. În faza reacţiei hipomaniacale, se găseşte profilul Eu-lui în inflaţie: E_{p1}=Sch0/+, B_2=Sch-/+.

Se poate găsi de asemenea profilul schimbării Eu-lui: F_2=Sch0/0, mai ales la homosexualii latenţi din această clasă. Cei care evoluează spre dezintegrare schizoformă sau profilul autistic A_2=Sch+/-.

Destinul lor de contact este condiţionat de nevoia unei profesii în care vor rămâne sănătoşi. Însă ei vor fi ataşaţi de munca lor, de păstorul lor, de şeful lor, precum planta agăţătoare. Ei îşi aleg adesea un patron agresiv de care se lasă mereu oprimaţi şi violentaţi. Profilul lor de contact este C-/+. Subiecţii patologici se lasă atraşi în nefericirea lor, pierzând gustul muncii şi acţiunii. Alţii se abandonează dorinţei nesatisfăcute de a fi mereu „în preajma tineretului"; ei dau atunci C0/0. Pentru hiopomaniaci este caracteristic profilul C0/-. Pentru erotismul anal se găseşte C+/-.

Profesiile caracteristice alese de subiecţii aparţinând clasei Ss- sunt următoarele: educatori, îngrijitori de copii, asistenţi sociali, pediatri, psihologi de copii, psihiatri pentru copii, terapeuţi, etc. Ei încearcă să restabilească sub o formă socializată în legăturile lor cu copii, uniunea dualistă din care ei au fost alungaţi. Ei se vor lăsa martirizaţi cum altădată o făceau pentru partenerul lor dualist infidel, sau, îi pot martiriza ei pe copii. Ei aleg de asemenea profesii exhibiţioniste ca: dansatori, cântăreţi, muzicieni.

Posibilităţile destinului lor pulsional (patologic) sunt: nevroza obsesională, nevroza paranoidă, predispoziţie la nimfomanie, hipomanie, frigiditate, impotenţă, erotism anal. În cazuri mai grave: schizofrenie paranoidă, schizofrenie, la copii pseudodebilitate, demenţă precoce. Tabelul ce urmează dă formulele pentru diagnosticul diferenţial.

3.Clasa pulsională Pe+: clasa puriştilor şi moraliştilor; clasa celor care „se spală de petele lor":

Printre clasele pulsionale, clasa Pe+ este cea mai unitară, atât cele ale simptomelor clinice, cât şi caracterologice. Printre rudele acestor subiecţi se găsesc adesea indivizi cu caractere epileptoide, paranoide, eventual cu epilepsie esenţială. Subiecţii acestei clase sunt şi ei şi „conducători" de epilepsie şi paranoia (purtători ai ….).

Găsim rădăcina caracterului, şi a maladiilor pulsionale ale clasei Pe+ în nesatisfacerea trebuinţelor epileptiforme.

Aspectul exterior al membrilor acestei clase nu relevă mare lucru asupra naturii lor „conducători", atât la faţă, cât şi la corp sunt mai ales de tip astenic, şi, mai rar, picnic sau atletic. Acest aspect corporal graţios, adesea feminin, această frumuseţe, ei o datorează, poate, nu structurilor epileptiforme refulate, ci structurii k care este adesea manifestată la ei. Turbionul lor pulsional este provocat de nucleul epileptiform.

Unii dintre ei caută să scape prin profesii „sacre”: călugări, judecători, medici. Alții, dimpotrivă, caută noroiul şi mocirla. Subiecții înalt socializați devin moralişti „purificatori” (în limbă, artă, literatură, morală). Ei caută să amelioreze astfel oamenii şi societatea. Nevoia de purificare îi conduce pe indivizii de nivel inferior la meserii ca: măturător, spălător, boiangiu, etc. Această „furie a curățeniei” provine probabil din faptul că supapa anală a factorului „d” este o poartă de scăpare foarte uzuală pentru a ieşi din turbionul pulsional epileptiform. Experiența arată că această grijă de „a face curățenie” este cea mai bună formă de socializare a trebuințelor anale.

În aspectul lor exterior ei sunt foarte „dulci”, blânzi, sunt de natura unor Abeli de o puritate meticuloasă, care aspiră să servească umanitatea cu abnegație. Dar ei aşteaptă recompense înalte, onorifice, pentru aspirațiile lor „pure”. Sexualitatea agresivă a unor membrii şi clase Pe+ provine din rădăcina epileptiformă nesatisfăcută, orientându-le viața sexuală spre sadismul anal sau erotismul anal.

Ei trăiesc astfel în domeniul sexual, energia rămasă din agresivitatea epileptiformă care n-a putut fi satisfăcută pe calea „purificării” sociale. Femeile din această clasă au fost adesea, onaniste anale în tinerețea lor, sau au practicat coprofagia, encoprezia, etc. La şcoală, aceşti subiecți prezintă adesea un trac puternic (care subliniază şi el caracterul anal.

Din caracterul anal al membrilor acestei clase decurge meticulozitatea lor, repartizarea exactă a timpului şi banilor, ordonarea strictă a vieții lor. Ei disprețuiesc tot ce este obscen.

Conduita lor este solemnă, dar psihologul poate decela anumite lucruri impure (fără îndoială în raport cu relațiile pulsionale ale factorilor e şi d). Există o corelație strânsă între clasa Pe+ şi Schk. Aceste două clase se înlocuiesc adesea. Uneori, subiectul aparține simultan ambelor clase (clase biegale). Relația strânsă de natură biogenetică, existentă între epilepsie şi paranoia, explică de ce membrii clasei Pe+ sunt de asemenea purtători ai factorului p.

Însă nevoia de extensie a Eu-lui (egodiastolă) se manifestă mai dificil decât aceea a factorului **e** epileptiform. Particularitățile de caracter, ca de exemplu aceea de a deveni „un mare om”, de a face noi descoperiri, de a realiza o operă veşnică, sunt trăsături ale paranoiei. Acestea sunt de asemenea ale ipohondriei (paranoia care se dilată în timp).

Reacții vectoriale:

Profilul sexual cel mai frecvent este: S±/0 (mai ales la bărbați); S+/-, S-/- (la femei) şi S+/+ în tracul şcolar. Aceştia sunt în stare latentă, onanişti anali, erotism anal, sadici anali, mai rar, coprofili. Din cauza erotismului lor anal nesatisfăcut, ei sunt adesea impotenți sau frigizi.

În domeniul etic, domină profilul Abel: P+/-; ei vor să fie buni, puri, drepți, pioşi, adesea sfinți. Ei sunt sentimentali, trăind adesea în fluxul afectelor: P+/+ sau P+/±. Alții trăiesc în frică şi în panică: P-/- sau P-/0. Adesea ei îşi descarcă afectele P0/0 sau dau reacția fobică P+/0.

Eu-l utilizează adesea mecanismele de constrângere pentru a reprima nevoile epileptiforme şi anale: B1=Sch-/0 sau B2=Sch-/+, sunt profilele cele mai frecvente. Copii care suferă de trac şcolar dau A1=Sch-/- sau A2=Sch±/-. Se găsesc şi profile de schimbare a Eu-lui: F2=Sch0/0.

Contactul depinde de vârsta şi de gradul de socializare al subiectului. Copii şi adulții fixați în stadiul incestuos, dau adesea profilul contactului incestuos: C-/+. Aceştia sunt de o veritabilă natură lipicioasă, incapabili de a părăsi Obiectul pe care-l posedă, chiar dacă acest Obiect este o persoană (mamă, soră, soț, prieten) sau un lucru. Ei preferă să continue să posede toate persoanele şi lucrurile de valoare cu care au avut contact şi la care vor să adere toată viața. Aderența la Obiect este o caracteristică capitală a subiecților din clasa Pe+, acest fapt fiind în legătură şi cu factorul „d”. În momentul separării, care-i face nefericiți, ei dau profilul C±/0; dacă sunt totalmente abandonați, se găsesc profile hipomaniacale: C0/-. Posibilitățile destinului subiecților din clasa Pe+ sunt reunite în următorul tabel. Acestea sunt:

- moralişti-purişti;
- indivizi cu nevroză (angoasă paranoidă);
- subiect cu trac şcolar;
- ipohondrie;
- subiecți atinşi de isterie de conversie (clasa biegală Pe+/Schk);

- cleptomanii, dromomanii, adesea thanatomanii (echivalent epileptic).

4. Clasa pulsională Phy-: clasa homosexualilor şi a paranoicilor latenţi

Subiecţii din această clasă trăiesc în pericolul pulsional datorat faptului că ei sunt incapabili să-şi satisfacă în întregime dorinţa lor de a se arăta în rolul sexului opus: factorul hy nesatisfăcut determină, prin urmare, forma şi caracterul reacţiilor patologice. Ei sunt adeseori descendenţii unor isterici manifeşti. În cursul vieţii, chiar ei pot prezenta crize isteroide sau istero-epileptoide de o manieră pasageră. Însă nevoia de a juca rolul sexului opus, dorinţa de inversiune a scopului sexual este aşa de puternică încât nu poate satisfăcută complet niciodată.

Reprezentanţii masculini ai acestei clase sunt metatropişti, masochişti înnăscuţi. Eu-l care ia poziţie aprobă uneori inversiunea scopului sexual, şi, nu rareori se poate vedea cum îşi trăiesc deschis nevoia homosexuală sado-masochistă. Dar aceasta nu le este suficient: ei vor să fie fizic şi psihic femeie şi să se agaţe pe scena vieţii ca o adevărată femeie. Cum acest fapt le este imposibil, Eu-l lor se transformă, şi nu rare ori devin isterici paranoizi, eventual schizofreni. La subiecţii foarte bolnavi, se găseşte, alături de transformarea paranoidă a Eu-lui, simptomele paroxismale delictuale ca: vagabondaj (dromomania) sau cleptomanie.

Reacţii vectoriale:

În domeniul sexual se întâlneşte foarte frecvent profilul clasic al inversiunii scopului sexual, al metatropismului: S+/-, S+/± la bărbaţi; S0/± la adolescenţi; S-/+ la femei. Dacă partenerul ales refuză avansul lor sexual şi devin agresivi: S0/+. Cele două caracteristici majore ale sexualităţii lor, inversiunea scopului sexual şi sadismul, sunt în mod egal conservate în faza paranoidă.

Cele mai frecvente *profile ale afectelor* sunt: P0/- (deci profilul paranoid) şi P±/- (profilul constrângerii). Acesta din urmă cu toată exigenţa lui Abel (P+/-) relevă afecte brutale (e-). În acelaşi timp subiectul trăieşte în panică (P-/-).

Pornind de la *profilul Eu-lui*, se pot uşor diferenţia *două posibilităţi dominante ale destinului*: amândouă dau adesea profilul Eu-lui de abandon: E_{p2}=Sch0/±. Însă paranoizii regresează adesea la eşalonul Eu-lui A_2=Sch+/- sau chiar A_1=Sch0/-. Profilul schimbării Eu-lui F_2=Sch0/0 se poate vedea în ambele cazuri. Adesea ei încearcă să stăpânească inflaţia paranoidă cu ajutorul mecanismului de constrângere B_2=Sch-/+ sau B1=Sch-/0. Eu-l paranoid se revelează uneori prin apariţia profilului Eu-lui E_{p2}, A_2, A_1, F_2.

Profilele de contact ale subiecţilor homosexuali pasivi din clasa Phy- sunt: C+/+ sau C+/±: legătură bi-obiectuală, bisexuală. Preparanoia juvenilă dă profilul C-/- şi C±/± sau C-/+. Homosexualii sadici care în cursul transformării paranoide a Eu-lui luptă împotriva ideii de crimă, dar profilul contactului fiind fidel: C+/-.

Direcţia alegerii profesionale este determinată fie de către factorul hy (actori, „profesii sacre"), fie de factorii h şi p (croitor, coafor, manichiurist, blănar).

Posibilităţile destinului sunt reprezentate în următorul tabel. Acolo figurează următoarele maladii pulsionale: homosexualitatea pasivă(la bărbaţi), paranoia juvenilă, schizofrenie hebefrenică, isterie şi istero-epilepsie episodică.

5. Clasa pulsională Schk-: formula pulsională p+/k-: clasa visătorilor treji şi a depersonalizaţilor

Membrii acestei clase descind din indivizi catatonoizi, uneori chiar schizofreni catatonici.

În familia lor se găsesc adesea schizofreni egocentrici, egoişti, narcisici, reci, autişti indisciplinaţi, nevroze obsesionale asociate, ipohondrii, excentrici, înstrăinaţi de viaţă, irealişti, adevărate „fantome vii".

Subiecţii adulţi din clasa Schk- pot fi chiar şi schizofreni, dar, mai ales, purtători ai maladiei schizoforme morbide (clasa Schk-; Sch-/+, se acompaniază cu reacţia C-/- şi S+!/+!, atunci trebuie să ne gândim la catatonie). În copilărie şi adolescenţă, nu rareori se descoperă la aceştia tendinţe schizoide, ei vorbesc puţin, sunt închişi, nu vor sau nu pot răspunde în clasă şi trăiesc în lumea ireală a viselor lor. Cu vârsta, ei părăsesc totuşi această lume de ficţiuni şi vor prezenta, fie simptomele isteriei de conversie, fie încă mai des, simptome în aparenţă circulare, maniaco-

depresive. În faza depresivă ei sunt paranoici, mizantropi, şi în faza maniacă, din contră, ei fac dovada unei adevărate aluri megalomanice.

Analiza aprofundată a acestor subiecţi ne arată că, în realitate, chiar adulţii rămân „visători treji". La fel ca şi copii, timizi, străini de viaţă, ei îşi caută locul în existenţă, fără al putea găsi. Ei se repliază spre ei înşişi şi rămân stăpâni întregi în camera lor, uneori chiar în pat, şi se complac într-o lume de vise ireale, infantile. La fel ca şi copii, ei se agaţă de oricine se interesează de ei. Clinicienii le pun adesea diagnosticul de „depresie". Aceştia nu sunt totuşi melancolici circulari; aceasta este pseudomelancolie, ei trăind într-o lume de fantasme unde toate nevoile lor infantile găsesc satisfacţie de o manieră autistică, în lipsa realizării afective în viaţa reală. Totuşi, ei se scufundă rareori în schizofrenie sau în nevroze obsesionale manifeste. După un anumit timp, ei părăsesc patul şi lumea lor ficţională, revenind în lumea reală, câştigând din nou bani, fac chiar afaceri comerciale de anvergură, etc. până într-o zi, când cad din nou în lumea viselor infantile ireale. Brusc ei se desolidarizează de lumea reală în care ei se mişcau fără astâmpăr până atunci. Nu numai lumea, dar şi propriul corp şi Eu-l lor interior le devine străin. Ei se retrag într-o lume complet diferită, „depersonalizată" şi trăiesc o viaţă autistică „înstrăinată", departe de frecuşurile vieţii cotidiene.

Unui observator exterior îi dă impresia unui real subiect circular. Analiza profundă şi analiza experimentală a pulsiunilor puse în lumina lor naturală autistică, schizoformă, egosistolică şi mai ales puternica lor predispoziţie la „depersonalizare" periodică.

Înstrăinarea totală de vechiul lor Eu este de fapt caracteristică pentru reprezentanţii clasei Schk-. Elementul capital este la ei incapacitatea de a înţelege (percepe) lumea exterioară, realitatea sa, incapacitatea de a lua în posesiune valorile Obiectuale (dispariţia funcţiei k+ este foarte semnificativă). În momentul când ei găsesc stadiul de personalitate, ei produc un Eu: Ek1=Sch±/0, şi aceasta atunci când cuceresc lumea. (Szondi nu utilizează termenul de „depersonalizare" în sens psihiatric clasic). Funcţia k+ constituie între altele un pod ducând spre lumea exterioară reală pe care o introiectează. Caracterul, personalitatea, se reataşează funcţiei k+. Depersonalizarea constituie deci o piedică subită a unor habitudini, care sunt resimţite ca străine.

Sexualitatea acestor subiecţi este grav perturbată, ei rămânând adesea fixaţi la eşalonul pulsional incestuos, infantil, primitiv. Alţii sunt predispuşi la inversiunea scopului sexual, fără ca în general să devină homosexuali manifeşti, căci ei proiectează cel mai adesea exigenţele lor homosexuale, taxându-i foarte uşor pe alţii ca fiind homosexuali. Bărbaţii din această clasă joacă cu plăcere rolul de „mamă prevenitoare". Dimpotrivă, femeile, întreţin adesea tineri amanţi. Trăsătura lor comună este curiozitatea cu care privesc relaţiile intime ale anturajului lor. Această atitudine de pândă în domeniul sexual îi satisface pe deplin. Ei dau adesea profilul sexual S+!/+! în corelaţie cu Eu-l gelos, invidios, E_{p4}=Sch-/±.

Fetele tinere din această clasă se căsătoresc deseori cu bărbaţi în vârstă, dar bogaţi. Întreţin apoi tineri pe care îi iubesc. Bărbaţii trăiesc bucuroşi cu prostituate sau trăiesc ilegitim cu femei măritate, formând un „menaj în 3",asigurând toată întreţinerea femeii iubite.

Profilele afectelor depind de gradul socializare. Subiecţii cultivaţi trăiesc adesea într-o stare de lux a afectelor: P+/+. Clinic, nu sunt rare cazurile ca la aceşti subiecţi să apară crize de plâns isteriform, dirijarea agresivităţii către ei înşişi, idei de autoacuzare cu caracter masochist, tentative de suicid. Unii încearcă un trai în pietate (reacţia P+/+ asociată cu Sch-/± este caracteristică pentru isteria de conversie, alături de alte reacţii tipice). Variantele puţin evoluate (S+/+) trăiesc de obicei în frică şi panică, P-/- sau P0/-. Acest ultim profil relevă inversiunea scopului sexual de tip paranoid-homosexual, dezvoltat destul de rar. Ipocriţii se dezvăluie dând adesea profile ca acesta: P+/-, P±/+ sau P±/±.

De o manieră generală, noi putem constata că reprezentanţii clasei Schk- utilizează cel mai adesea supapa „P" ca ieşire de siguranţă.

Starea Eu-lui este determinată prin inversiunea de identificare; fetele nu se identifică cu mama şi cu tata, care duc adesea o viaţă desfrânată. Fii nu introiectează părintele ca model, şi mai ales pe al mamei, care este adesea narcisică, egoistă şi indisciplinată. Se întâmplă ca aceşti subiecţi să se identifice cu ambii părinţi; ei resimt atunci în Eu-l lor conflictul ce marchează viaţa părinţilor, aşa cum apare el în ochii lor de copii. Această luptă între două idealuri de Eu duce la o perpetuă

oscilare între Ego M şi Ego F. La periferia vieţii pulsionale, noi nu găsim decât rareori dileme, însă lupta în interiorul Eu-lui este cu atât mai violentă. Aceste lupte, dilema între Ego-urile M şi F face de multe ori individul inapt pentru viaţa reală, de unde retragerea lui într-o lume de vise. Realitatea vieţii lor devine străină sau permanent. Dacă ei sunt obligaţi să apară în societate, vorba şi gestul lor par străine. Veritabilul lor Eu este Eu-l ascuns k- care se baricadează împotriva realităţii. El nu-şi poate realiza adevăratul Eu pentru că de fiecare dată când este posibil, se ascunde în spatele acestui Eu „cache", evitând Eu-l străin, care numai el se agită pe scenă, adună bani, iubeşte şi urăşte. Ei nu se pot identifica cu acest Eu. În faza depersonalizării, ei dau uneori, deşi rar, profilul Eu-lui care refulează: B_1=Sch-/0 (aceştia sunt mai degrabă nevrotici care refulează şi formula lor va fi atunci p0/k- şi nu p±/k- ca la depersonalizaţi.

Profilul lor de contact corespunde eşalonului primitiv la care ei au rămas fixaţi. Profilul C0/0 relevă dorinţa lor de a rămâne în preajma mamei; C+/+ indică predispoziţia la bisexualitate.

Faptul că ei nu dau niciodată profilul de contact „adult" (C0/+) confirmă ceea ce s-a afirmat despre contactul lor ireal, autistic cu lumea exterioară. Acest fapt se relevă mai net în profilul C-/-.

Subiecţii cultivaţi vor arăta profilul contactului nefericit C0/± „ales asociaux" dau profilul legăturii hipomaniace C0/-. Paranoizii depresivi dau C+/- sau C+/±.

Alegerea profesiei poartă amprenta factorilor hy,k sau k,h. Le place să devină artişti, profesori, soldaţi, directori de case de sănătate sau hoteluri. Profesiile alese trebuie să le satisfacă dorinţele lor narcisice.

Posibilităţile destinului sunt date în tabel cu:

- ipohondrie cu incapacitate aproape totală de lucru;
- isteria de conversie;
- pseudomanie (nimfomanie) în general asociată cu pseudologie fantastică, cleptomanie, etc;
- depresie paranoidă;
- criminal pasional sau deşănţat;
- suicid isteriform;
- nevroză cu angoasă paranoidă.

6. Clasa pulsională Schp+: clasa „geniilor ratate" şi a urii împotriva părinţilor

Reprezentanţii acestei clase sunt „purtătorii" de Paranoia. Incapabili de a-şi satisface nevoile lor egodiastolice extrem de ridicate prin socializare într-o profesie sau de o manieră nativă sub forma patologică, ei încearcă să scape de pericolul pulsional „p" într-una din următoarele căi:

- comportament isteriform bizar, cu „obscurizări" periodice ale conştiinţei;
- idei criminale pe care le combat prin intermediul mecanismelor de constrângere; în cea mai mare parte a timpului ei vor să ucidă părinţii sau reprezentanţii lor;
- crize istero-epileptice de natură furibundă;
- întoarcerea isteriformă a agresivităţii împotriva lor înşişi: tentative de suicid „spectaculos" (public);
- narcomanie, cleptomanie: ei fură de la cei care-i persecută, în general părinţii lor sau reprezentanţii acestora.

Paranoia poate deveni manifestă, dar rar de o manieră durabilă, chiar supapele pulsionale descrise mai sus nu sunt folosite decât temporar. Însă nucleul paranoid latent al structurii lor psihice nu este inactiv decât în aparenţă; el acţionează într-o manieră disimulată de la o vârstă fragedă până la moarte şi aduce nefericire purtătorului său, anturajului acestuia. „Constructorii" factorului „p" sunt aproape toţi anti familie, adesea chiar antisociali. Ei sunt incapabili de a se adapta în cadrul unei familii sau societăţi; ei găsesc întotdeauna în familie un membru pe care-l bănuiesc că se opune cu ştiinţă dezvoltării geniului lor, membru pe care-l urăsc (până acolo încât vor să-l ucidă). Aceştia sunt toţi de natura lui Cain, la care dorinţa de răzbunare provine din sentimentul morbid de gelozie, de narcisism rănit, din retragerea tandreţii, uneori din ideea morbidă că „cineva" se opune perfid carierei lor. Lupta lor interioară este ghidată de motive provenite din nevoile „e" şi „p", precum şi „s" şi „d".

Unii trăiesc de o manieră manifestă nevoia „e”, refulând exigențele paranoide. Aceste variante ale clasei Schp+ fac adesea scene „turbate”, istero-epileptiforme şi realizează uneori stări crepusculare. Forma lor pulsională este „e/p”. Alții dimpotrivă, refulează la fel de bine nevoia „e” ca şi „p” şi resping exigențele paranoido-epileptiforme cu ajutorul mecanismului de constrângere. Formula lor pulsională este k/ep. Este dificilă caracterizarea stării lor printr-un diagnostic psihistric cunoscut. Gândirea lor este în general de o logică ascuțită, dând adesea impresia că sunt genii. Este remarcabil că şi indivizii subnormali ai acestei clase sunt aproape debili mintali şi pot avea pseudo-talente în anumite domenii (calcul, muzică, desen etc.). Însă după după un anumit timp, ei prezintă accese de ură, coleră, dorința de crimă, care face necesară internarea lor, se pune diagnosticul de preparanoie, psihopatie isterico-epileptoidă, pseudo-imbecilitate paranoidă. Însă nici una dintre aceste „etichete” nu convin, căci în spatele acestui comportament isterico-epileptic, pseudo-debil, se ascunde în profunzime nevoia nesatisfăcută egodiastolică de lărgire a Eului.

Viața sexuală este în general perturbată; aceştia sunt subiecții cu maturitate sexuală tardivă, eventual hipotrofică, sadism anal sau onanişti excesivi. Femeile relevă homosexualitatea lor latentă prin profilul vectorial S-/±; S0/±; S+/-. Nevrozații obsesionali dau reacțiile S0/-; S±/0; S±/-. Sadicii dau S0/+. Ura pe care ei o arată față de părinții lor indică legătura lor incestuoasă. Notăm aici că delicvenții sexuali aparțin destul de frecvent clasei Schp. Viața afectivă este dominată de exigența lui Cain. Fii vor să-şi ucidă tatăl; fiicele îşi omoară mama. Profilele afective P-/+, P-/±, P-/0 relevă exigențele lui Cain. Ei trăiesc adesea în panică şi frică P-/-; P0/-. Este rar găsit stadiul lui Abel, adică P+/-; P±/-. Atunci când le place să fie pioşi Abelii şi când pot să fie astfel buni, afectuoşi, tandrii, în afara familiei, ei sunt dimpotrivă adevărate creaturi demonice în sânul familiei lor. O tânără fată istero-epileptică, pseudo-debila, trăieşte ani de zile căutând un mijloc de a-şi otrăvi mama; un tânăr matematician, blând de altfel, încearcă să-şi ucidă tatăl; un artist liric se tortura cu obsesia că trebuie să-şi ucidă mama şi, din această cauză, nu rămânea nici un singur minut cu ea. Subiecții care reuşesc să scape posibilităților mai grave ale destinului lor (suicid, crimă, paranoia) devin apoi, la 30-40 ani, de o tandrețe deosebită față de parteneri (părinți, frați etc.) care-i doreau morți în tinerețea lor.

Starea Eului la aceşti indivizi este dată de profilul Eului E_{p1}=Sch0/+, ei sunt „posedați” şi trăiesc într-o permanentă stare de inflație psihică. Obiectul inflației este în general mărimea (grandoarea) propriului Eu. Alt profil caracteristic: D=Sch+/+: deci Eul „hipertrofiat”. Cei care luptă cu mecanismele de constrângere dau profilele B_2=Sch-/+, înlocuind E_{p1}. (şi primele două se înlocuiesc).

Profilul de contact C-/+; C-/± relevă legături incestuoase care se ascund în spatele răzbunării lui Cain; eu sunt ataşați de unul din părinți cu o fidelitate incestuoasă. În cazurile mai grave se întâlnesc profile de contact ireal C-/- sau profile ale legăturii infantile C0/0. Nevrozele obsesionale sau sub-paranoia dar mai ales profilul legăturii nefericite sau nesigure C0/±, C±/0 (destinul pulsional este dat de tabel).

7. Clasa pulsională C_d: clasa „eternilor căutători”, a depresivilor

Pericolul pulsional al membrilor acestei clase este dat de nevoia „de a căuta” care nu poate fi niciodată satisfăcută. Analiza aprofundată a acestor subiecți arată că această căutare eternă este consecutivă unei specificități excesive a imago-ului, creşterii patologice a funcției idealizator posesive k. Subiectul nu poate niciodată înceta să caute Obiectul dorit , căci el este ghidat de un model pe care nu-l poate regăsi. El poate găsi desigur un Obiect care în linii mari să se apropie de acest model, însă el este fixat la un ideal, exact determinant şi particular, căruia Obiectele din realitate nu-i pot corespunde niciodată. Incapabil de orice compromis, această căutare este întotdeauna vană. În spatele pericolului pulsional al acestei clase găsim deci nu numai nevoia de a căuta (d), ci şi creşterea funcției idealizator-posesiv (k). „Căutarea eternă” se manifestă la subiecții „relativ sănătoşi” ai acestei clase printr-o dorință competitivă fără repaus, ei sunt fixați în stadiul rivalității cu Obiectul primar (mama, tatăl, sora) şi prin transfer, durează în întreaga lor viață rivalitatea cu „persoanele cu care au reuşit”. Ei rivalizează pentru că au pierdut Obiectul primar în prima lor luptă de rivalitate şi au încorporat acest Obiect pierdut ca Imago în Eul lor. De atunci

competiția continuă, ghidată de imaginea ideală de care încearcă să se apropie prin succese în alte domenii. Emit astfel talentul lor, golind în zadar bunul lor spiritual, şi uneori şi material, dar nu renunță niciodată la luptă, până cad într-o depresie gravă în cursul căreia ei se reorientează către ei înşişi şi se autotorturează. Însă această depresie nu este decât o reacție la eterna căutare. Caracteristicile experimentale ale acestei clase sunt următoarele:

În sexualitate domină profilul S+/-; S±/-, adică profilul disjuncției, de întoarcere a agresivității către sine-însuşi (s-). Ei sunt proprii lor călăi; masochişti fiind, ei sfârşesc adesea prin suicid (Freud admite că se datorează rigurozității Supraeului). Adesea eu dau profilul sexualității de tip infantil: S0/0.

În domeniul afectelor, ei dau reacții pe care le putem interpreta ca descărcare a afectelor (P0/0). Adesea ei trăiesc în panică (P-/-) sau în frică proiectată (P0/-); profilul „lamentației" (P0/±) este de asemenea tipic acestor indivizi, precum şi Cain (P-/+) care se întoarce către sine.

Eul lor este Eul primitiv A_2=Sch+/-, E_{k4}=Sch±/- care relevă predispoziția lor spre autism.

Profilul de contact predominant este C+/- sau C+/± sau C+/0. În alegerea profesiei, ei sunt ghidați de factorul „d" şi aleg profesii de: colecționar, magazioneri, anticari, filatelişti, paznic de prizonieri, critici (ultimele două profesii, în urma socializării nevoii de competiție). Mai jos sunt relevate posibilitățile destinului clasei Cd+:

- megalomanie paranoidă sau sentiment de inferioritate, cu rivalitate internă, adesea asociată cu hipodezvoltare sexuală;
- pasiune pentru jocuri (cărți, bursă, surf, etc.);
- nevroză obsesională cu depresie paranoidă;
- melancolie paranoidă (la subiecții atinşi de schizofrenie);
- cleptomanie paranoidă;
- în cazuri mai grave: psihoză melancolică.

8. Clasa pulsională Cm-: clasa „eternilor abandonați", a hipomaniacilor

Caracterul şi patologia membrilor acestei clase sunt determinate de nesatisfacerea nevoii „de a se agăța". Această nevoie filogenetică, arhaică, „de acroşare" acționează ca un factor latent foarte dinamic în viața pulsională. Ea împinge la despăgubiri de o manieră oarecare pentru singurătatea înspăimântătoare şi suferința insuportabilă pe care le-a cauzat-o „detaşarea" de lumea externă.

Printre ei, noi găsim şcolari care suferă de „trac şcolar", subiecți atinşi de nevroză cu angoasă, bâlbâiți, adolescenți dificili, neatenți, agitați şi aderați, adulți hipomani sau maniaci, travestiți, dromomani, cleptomani, spărgători, criminali pasionali.

Ieşirile de siguranță prin care subiectul caută să scape de pericolul pulsional al separării apar ca foarte disperate. Însă, în spatele acestor manifestări clinice diferite, se ascunde întotdeauna acelaşi pericol provenind din imposibilitatea de a se agăța de ceva (cineva).

Semnul clinic şi experimental al incapacității de acroşaj este reacția hipomaniacală C0/-. Ceea ce noi înțelegem prin „reacție hipomaniacală" nu coincide cu tabloul psihiatric al hipomaniei sau maniei. În spatele hipomanului cert, se ascund aceste date ale psihologiei profunde pe care o numim reacție hipomaniacală; însă acestea din urmă nu apar numai în tabloul clinic al hipomaniei, le găsim în toate stadiile vieții, de la 3-4 ani, până la 40-60 ani (deci până la regresie). Examinat din punct de vedere al psihologiei profunde, reacția hipomaniacală se observă:

- atunci când subiectul se detaşează de Obiect (m-);
- atunci când se zbate fără scop pentru a găsi valori Obiectuale (d0), fără a putea totodată să-şi apere în cele din urmă această valoare;
- în consecință, ei devin incapabili de concentrare, inconstanți, instabili, agitați;
- şi cum ei ştiu că au pierdut pentru totdeauna Obiectul de care păreau că se agață, ei devin agresivi şi-şi dirijează sadismul lor împotriva lumii înconjurătoare.

În capitolul de „Sindroame patologice", putem indica „Sindromul Reacției Hipomaniacale":

- m-: a fi detaşat de Obiect;
- d0: o căutare disperată, agitată, nestăpânită, nevoie de a achiziționa;

- k-: pierderea capacității formării idealului; absența idealului Obiectual; şi, în consecință, ignoranță asupra a ceea ce dorim să posedăm;
- s+: agresivitate contra lumii înconjurătoare.

Acest sindrom poate surveni la toate vârstele; în mod clinic el va fi interpretat în maniere diferite la copii sau la epoca declinului, însă semnificația şi interpretarea din punct de vedere psihopulsional rămâne totdeauna aceiaşi.

Caracteristicile experimentale ale psihozei maniace sunt:

- subiectul aparține clasei Cm-, deci domină nevoia nesatisfăcută de acroşaj (în ordinea latenței), la melancolici domină latența d, Cd+.
- În formula pulsională figurează printre factorii simptomatici: factorul „e" şi „d", eventual şi un „hy".
  - Tensiunea cantitativă în factorul „s" este foarte ridicată, eventual şi aceea a factorului „h"; subiectul este incapabil să se descarce atât de dorința de agresivitate cât şi de cea de tandrețe
  - Domeniul conflictului se află în contactul cu lumea înconjurătoare; aici vom găsi variații inversate în reacții (de exemplu C0/- apoi C-/0).
  - Profilul de contact C0/- este foarte frecvent.
  - Afectele sunt uşor şi frecvent descărcate: P0/0.
  - Destinul Eu-lui este caracterizat prin proporția C:A=6/1 (pentru 6 profile C se întâlneşte un singur profil A; se foloseşte pentru a determina probabilitatea unei anumite evoluții a Eu-lui).

Bazându-ne pe aceste date experimentale ne putem reprezenta psihologia maniei în felul următor: mania este realmente o reacție la depresie, însă se pare că evenimentele psihice se derulează cu totul altfel decât admite psihologia clasică şi, în parte, psihanaliza.

În faza de depresie, subiectul este obligat să caute etern căci exigența exagerată, patologică a funcției idealizatoare obligă să-şi caute un ideal, Obiectul bine definit. Încapacitatea de a realiza un compromis între ideal şi Obiect constrânge a se continua mereu căutarea. Subiectul se torturează astfel şi cade în depresie.

Însă dacă mai târziu, individul oboseşte şi ia cunoştință de faptul că nu va putea găsi niciodată acest obiect „foarte particular", el îşi pierde şi capacitatea de a continua această căutare fără sens. În psihologia formării maniei, este importantă sublinierea faptului că subiectul realizează zădărnicia perseverării sale în căutarea unui Obiect conform unui ideal specific. Prin urmare imagoul cade în ruină. După această „dezintegrare" spontană, exagerarea funcției idealizatoare caracteristică fazei depresiv este înlocuită cu „neputința" chiar acestei funcții. Acest fapt se relevă experimental prin următoarele:

- negativarea bruscă a reacției „k" aproape constant pozitivă în faza depresivă;
- reacția „s" din negativă devine pozitivă.

Astfel debutează faza maniacă. Totuşi, această transformare a factorului „s" trecând din masochism în sadism, nu indică triumful asupra Eu-lui tiranic al agresivității, furiei disperate şi a dorinței de răzbunare asupra lumii înconjurătoare. Într-adevăr, subiectul maniac are o dispoziție convenabilă față de sine (P+/-) şi față de anumite persoane cărora nu le doreşte decât binele. Reacțiile de ură şi răzbunare se raportează mai ales la faza procesului maniacal în care are loc pierderea imagoului, deci devalorizarea supraeu-lui.

Atunci când toate valorile sunt devalorizate, el poate să se comporte din nou bine față de prieteni. În spatele acestei atitudini se află, nu culpabilitatea sau regretul, ci sentimentul de a fi fără greşeală (eliberat de toate culpabilitățile, după ce a îndurat toate suferințele în timpul fazei melancolice). Pentru ce se introduce spre sine atunci când el este complet detaşat de lume?. Dimpotrivă, el acumulează în el agresivitate pentru a o descărca contra semenilor, cu excepția prietenilor. Însă tragedia rezidă chiar în faptul că el este deja detaşat în aşa fel de lumea exterioară, încât este incapabil să găsească un Obiect asupra căruia să-şi descarce agresivitatea.

Într-adevăr, puțini indivizi din clasa Cm- devin realmente criminali. Majoritatea dintre ei sunt deja atât de agitați şi instabili că devin incapabili de a duşmăni în continuare suficient timp un Obiect, astfel încât într-o zi să-l omoare.

Deci (reacțiile), evenimentele psihice care caracterizează reacția maniacală sunt:

- realizarea bruscă a inutilității căutării;
- lipsa de vitalitate a funcției formatoare de ideal;
- încetarea bruscă de a mai căuta un Obiect şi înlocuirea cu o nevoie vană de a trece de la una la alta (instabilitate).

Aceasta nu constituie triumful hedonismului. Maniacul se simte deja aşa de aproape de moarte, încât ei nu mai pot aprecia sursele de plăcere din această lume. Ei caută fără încetare un Obiect sau altul, dar care deja este pierdut, căci nu mai are pentru el nici o valoare. Ei sunt creaturile cele mai triste din lume. Cei care au privit odată profund în ochii unui maniac pot spune că ei aparțin mai mult morții decât vieții.

Psihoza circulară are deci la origine o gravă perturbare a funcției Eu-lui, mai exact a funcției idealizatoare. Melancolicul, ca şi maniacul, sunt deja cazuri patologice. În melancolie, perturbarea funcției Eu-lui o constituie exagerarea funcției de ideal (k), prin sentimentul de inferioritate, micromanie (perturbarea funcției „p"). În manie, funcția idealizatoare este blocată, aproape total paralizată (perturbare a funcției k).

Deci (după părerea lui Szondi) este eronat ca maladia circulară să fie considerată ca o simplă perturbare a dispoziției; este în realitate de o maladie a Eu-lui la fel ca Schizofrenia şi Paranoia. Diferența rezidă din faptul că în schizofrenie se foloseşte ca supapă pulsională factorul k sau p, iar în manie circulară factorul d sau m. Acest lucru apare net în formulele pulsionale:

- la schizofreni formulele sunt în general:

p	k	e
k	p	p

- pe când la circulari avem: m±0/d+ în faza de manie.

Se poate face obiecția următoare: cum se poate concilia cu teoria latenței faptul că, în formula pulsională a depresiei, factorul d figurează ca factor rădăcină şi nu ca factor simptomatic, la fel ca factorul m în manie. Atunci când, clinic, în depresie, chiar depresie nemanifestă, tot aşa cum în manie se manifestă clinic „mania"; formula pulsională, din contră reflectă o situație exact contrarie. Această aparentă contradicție se explică astfel: nu există nici „nevoie depresivă" nici „nevoie maniacă".

Sistemul pulsional admite existența nevoii d care condiționează necesitatea „de a merge în căutare" şi nevoia m care stă la baza dorinței de „agățare". Or s-a constatat că, în faza depresivă, tocmai nevoia de căutare iar în manie tocmai nevoia de agățare nu este satisfăcută. Deci exact ceea ce relevă formulele pulsionale ale maladiei circulare: pentru depresie m/d şi pentru manie d/m (în depresie m± = factor simptomatic, arată dilema ataşării, pe când d0 = factor simptomatic în manie, arată lipsa de sprijin).

Posibilitățile destinului clasei Cm- sunt date în tabelul XIII

- în clasa Cm- nu se întâlnesc aproape niciodată subiecți având formula h/m probabil fiindcă după pierderea capacității de ataşare, cei în cauză au devenit incapabili de a da sau de a primi tandrețea. Din această cauză subiecții maniaci nu dau aproape niciodată reacții ca h0 sau h±;
- formula s/m este caracteristică subiecților atinşi de nevroză sau de psihoză circulară paranoidă;
- formula e/m este caracteristică mai ales pentru variantele normale ale clasei Cm-
- la fel, formulele hy/m sau hy sau k/m se întâlnesc la subiecții normali în mod -particular între 7-8 ani;
- în ipohondrie, în nevroza cu angoase şi hipomanie cu reacții periculoase, se găseşte formula p/m; în simptomatologie se vor găsi atunci anumite idei paranoide;

- formula clasică d/m este evident cea mai frecventă şi mai caracteristică lipsei de sprijin, maniei, excrocheriei; copiii în a doua pubertate dau de asemenea această formulă;
- în clasa Cm+ se găsesc la formula d e/m h indivizii normali între 13-18 ani şi între 30-40 ani;
- o parte din subiecţii atinşi de nevroze obsesionale sau de nevroza angoasată dau formula d/p m h şi trec în clasa Cm+.

Se va da în continuare un tabel diferenţiator manie-depresie.

Tabel comparativ pentru diagnosticul pulsional-diferenţial: melancolie şi manie.

în domeniul factorului	Cd+ (depresie)	Cm- (manie)	Elemente caracteristice ale diagn. exp.	
			Cd+	Cm-
m nevoia de ataşare	crescătoare, uneori de manieră spasmodică	nesatisfăcută	m=+;-	m=-
d nevoia de a căuta	dirijată spre un Obiect bine determinat; imposibil de satisăcut	căutare dispersată fără sprijin şi reţinere; progres în căutarea veritabilă a unui Obiect determinat printr-un ideal obiectual	d=+!	d=0
p nevoia egodiastolică	introiectare: minimizarea de sine, micromanie, auto-acuzare	proiecţie: acuzarea altuia; impresia de a deţine o „putere”	p=- (s=-)	p=- (s=+)
k nevoia egosistolică, funcţia de idealizare obiectuală	patologic ridicată: idealizarea exagerată a Obiectului pierdut; hiperimaginaţie	neputinţă a funcţiei idealizatoare, „dezimaginaţie”	k=+! (k=±)	k=-
e, hy domeniul afectelor şi al vieţii etice	exigenţa lui Cain, coleră, ură, dorinţă de răzbunare	impresia de a fi un Abel; panică frică, descărcare a afectelor	p=-± p=00	p=+ p=± p=0
s	întoarcerea agresivităţii	agresivitate dirijată spre	s=-!	s=+!!

domeniul agresivității	către sine-însuşi: masochism	lume: sadism, însă imposibil de satisfăcut		
h nevoia de tandrețe	foarte mare, imposibil de satisfăcut	foarte intensă, însă imposibil de satisfăcut	h=+	h=+!
formula pulsională			m s k d h	d e m s k

Exemple de diagnostic pulsional

Exemplul 1

Profesor de liceu: 30 ani; clasa Ss-

	S		P		Sch		C		∑0	∑±	∑0 şi ±
	h	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**			
∑0	5	1	3	7	0	7	0	7	30		
∑±	2	1	4	3	8	0	6	1		25	
∑0 şi ±	7	2	7	10	8	7	6	8			55

a) Determinarea clasei pulsionale

Se determină ordinea gradelor de latență:

Ss-	Pe+	Cd-	Schp-
5	3	2	1

Pacientul aparține deci clasei Ss-, cu următoarele caracteristici:

- Insatisfacția nevoii de virilitate (s-), agresivitate latentă, masochism;
- Dorința de a forma cu partenerul o uniune dualistă strânsă;
- Dorința de a juca în această uniune un rol mascochist; unuinea are un caracter sado-masochist;
- Obiectul alegerii profesionale îl constituie de multe ori copii, deci profesii de pedagog, profesor etc.;
- Forme patologice: nevroze obsesionale şi paranoide; la bărbați, impotență, erotism anal. În crazuri mai grave: schizofrenie paranoidă.

b)Determinarea formulei pulsionale

Formula prescurtată	Formula completă
$\frac{hy}{s}$	$\frac{hy10\ \ m8\ \ k8}{p7\ \ h7\ \ e7\ \ d6}$ s2

Interpretarea formulelor:

- Isterie; homosexualitate latentă; perturbări sexuale (impotență, frigiditate); epilepsie latentă; analitate; inhibiție, incapacitate de muncă.
- Analizând şi formula completă, diagnosticul se restrânge la isterie, homosexualitate latentă şi perturbări sexuale.

c) Se determină Q.T.t.

$$\text{Q.T.t.} = \frac{\sum 0}{\sum \pm} = 1{,}2 \text{ (deci normal)}$$

Această valoare elimină posibilitatea isteriei (în care Q.T.t. este superior lui 3) şi se acordă cu diagnosticul de perturbări sexuale. Diagnosticul clinic (şi experimental) este: tulburări şi uniune dualistă cu fratele său.

Exemplul 2

Clasa triegală. Băiat de 13 ani.

	S		P		Sch		C		∑0	∑±	∑0 şi ±
	h	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**			
∑0	1	1	6	3	0	0	0	0	11		
∑±	0	0	1	0	1	1	0	0		3	
∑0 şi ±	1	1	7	3	1	1	0	0			14

Q.T.t. = 11/3 = 3,6

Ordinea gradelor de latență:

Phy-	S	Sch	C
4	0	0	0

Subiectul aparține clasei triegale Phy-.

Formula pulsională prescurtată	formula pulsională completă
$\frac{e \quad e}{d \quad m}$	$\frac{e_2}{\frac{hy_3 \ h_1 \ s_1 \ p_1 \ k_1}{d_0 \ m_0}}$

Se poate plasa subiectul fie în clasa triegală Phy-, fie în clasa inegală Phy-. Se caută în tabel la clasa respectivă (pe orizontală) şi în formula prescurtată găsim: homosexualitate juvenilă, predispoziție la paranoia juvenilă sau la schizofrenie paranoidă. Caracteristicile generale ale clasei triegale sunt înscrise în partea superioară a tabelului. Diagnosticul clinic corespunde exact cu cel experimental.

Exemplul 3

Clasa cvadriegală. Fată de 18 ani.

Au fost luate numai 6 profile; pacienta a trebuit să fie internată.

Examen nr./Data	S		P		Sch		C		Grade de T.t./ zi		
	h	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**	∑0	∑±	∑0 şi ±
1. 1.04.38	+	-	-	+	±	-	0	0	2	1	3
2. 23.04	+	-!!	+	+	0	±	0	+	2	1	3
3. 10.06	+	-	+	±	±	±!	0	±	1	4	5
4. 17.01.40	+	-!!!	+	0	0	0	+	±	3	1	4
5. 19.05	±	-	0	-	+	0	+	+	2	1	3
6. 20.05	+	-	0	+	0	-	-	-	2	0	3
∑0	0	0	2	1	3	2	3	1	12		2
∑±	1	0	0	1	2	2	0	2		8	
∑0 şi ±	1	0	2	2	5	4	3	3			20

Q.T.t. = 1,5 $\frac{S_{s-} \quad Sch_{p-} \quad P \quad C}{1 \quad 1 \quad 0 \quad 0} = \text{clasa cvadri} - \text{egală}$

Formula pulsională prescurtată	Formula pulsională completă
$\frac{k, \quad k, \quad p}{s \quad h \quad s}$	$\frac{k \ p}{\frac{m \ d \ hy \ e}{h \ s}}$

Pacienta aparține deci clasei cvadriegale Ss sau Schp. Corespunzător, în tabel găsim predispoziție la schizofrenie paranoidă, homosexualitate latentă. Istoria bolnavei constituie un exemplu clasic al destinului partenerului dualist, după distrugerea uniunii dualiste.

Destinul trist al acestei fete rezultă şi dintr-o interpretare liberă a profilelor, astfel:

- Primele două profile: subiect paranoid homosexual, trăind într-o uniune dualistă (S+/-, Sch = E_{p2} = 0/±) a fost abandonat de către partener, vrea acum să fugă, să se ferească (Sch = A_2C = ±/-) pentru că îl persecută (p-).
- Profilul 3: catastrofa este deja prezentă Sch = F_1 = ±±!; se încearcă cu toate forţele să se ţină în mână frânele conştiinţei; că este nefericită (C0/±).
- Profilul 4: ea se afla în momentul apariţiei demenţei: s-!!!, Sch0/0; necesita internarea.
- Profilul 5: după ce a stat două luni la azil, ea disimulează (Sch+/0), însă reacţia P0/- arată frica sa paranoidă; ea căuta să scape de boală prin introiecţie (k+). Rezultă o depresie paranoidă: s-, k+, d+.
- Profilul 6: oferă tristul tablou al stării de demenţă: Sch0/- (regresiune a Eului = marasm demenţial); C-/- (baraj al contactului: ea este fixată asupra unui Obiect de care este de multă vreme detaşată). Diagnostic: demenţă paranoidă.

Trebuie subliniat că nu toate cazurile sunt atât de simple; unele nu pot fi rezolvate decât prin aplicarea tuturor procedeelor amintite: analiza liberă a profilelor, analiza Eului, metoda „Linne" a pulsiunilor.

Unele profile pot fi interpretate prin mai multe planuri, deoarece viaţa pulsională a omului este astfel organizată încât aceeaşi problemă poate fi descompusă în planuri diferite. Trebuie multă experienţă pentru a putea determina care este planul în care individul îşi desfăsoară existenţa sa pulsională, actuală şi semnificativă.

CAPITOLUL X – Sindroame psihopatice

Generalităţi

Concepţie clinică: psihopatiile sunt opriri parţiale în dezvoltare, bine delimitate (Kraepelin). Ele sunt opuse opririlor totale în dezvoltare, la care se includ infantilismul psihic şi oligofreniile. Kraepelin a distins între două grupe principale de anomalii constituţionale:

1. Stări maladive originare, adică anomalii sufleteşti, care au caracteristicile unei boli şi totuşi, nu sunt boli psihice declarate. El cuprinde aici:
   a. Nervozitatea;
   b. Nevroza obsesivă;
   c. Aşa-numita psihoză impulsivă unde intră: piromania, otrăvitorii, cleptomanii, oniomanii (mania cumpărării);
   d. Perversiunile sexuale.
2. Persoanele psihopate la care pe primul plan trec anumite caracteristici personale anormale. Acestor grupe le aparţin:
   a. Excitabilii;
   b. Die Halt Iosen;
   c. Impulsivii, risipitorii, vagabonzii, dipsomanii, cartoforii, colecţionarii;
   d. Bizarii;
   e. Mitomanii şi escrocii, tot ce înţeleg francezii prin mitomanie;
   f. Antisocialii (idioţii morali, imbecilii morali, şi, moral insanity);
   g. Certăreţii.

Pe bună dreptate, Eugen Bleuler nu este mulţumit de clasificarea lui Kraeppelin. El era de părere că, cel mai mare număr de psihopaţi aparţin acelei clase de anomalie şi au aceleaşi funcţii aberante de la normal, care survin la toate animalele domestice (şi deci şi la om), deci că trăsăturile lor sunt numai variaţii biologice extreme.

După părerea sa, tablourile clinice ale psihopaţilor nu au graniţe, nici unele între altele, nici faţă de normal. În ciuda acestei afirmaţii critice, Bleuler preia, din motive practice, clasificarea lui

Kraeppelin, pentru că ea corespunde mai bine necesităților clinice. Pentru J. Lance, psihopatia este un faliment total şi susținut față de orice datorie, față de lume şi viață, care nu se datorează niciunei maladii psihice bine definite şi nici unui destin excepțional de vitreg, ci numai şi numai factorilor intrinseci persoanei. Procentul psihopaților este de 10%.

În schema diagnostică a lui Jaspers, psihopatiile ocupă locul 3, urmând chiar după maladiile somatice cu tulburări psihologice grupa 1 şi a celor 3 psihoze mari care formează grupa 2 (epilepsie, schizofrenie, maniaco-depresivă). La grupa psihopatiilor Jaspers include următoarele tablouri clinice:

1. Reacții normale independente, care nu au luat naştere, nici pe baza unei maladii de la grupa „1", nici de la grupa „2".
2. Nevrozele şi sindroamele nevrotice;
3. persoanele anormale şi dezvoltările lor.

Reacțiile anormale independente sunt pentru Jaspers, comportamente reactive la indivizi care nu sunt bolnavi din punct de vedere psihic (deci, care nu au un premorbid morbid). La tipul de mijloc al grupului de psihopatii Jaspers socoteşte:

a. simptome obiective solitare: nevrozele de organ, ticul, bâlbâiala, enurezisul nocturn, onicofagia, etc;
b. tulburări instinctive: perversiuni sexuale, acțiuni impulsive (cleptomanie, poriomanie, piromanie), masturbarea anormală, toxicomania;
c. noi modalități de trăire: nevroza obsesivă, fobia, nevroza anxioasă;
d. mecanisme particulare: psihastenice şi isterice.

Deci, după Jaspers, perversiunea sexuală şi toxicomania este o nevroză sau un sindrom nevrotic. Acest fel de a vedea lucrurile nu concordă cu modul nostru de a percepe perversiunea şi toxicomania.

În grupa a 3-a, persoanele psihopatice anormale sunt cuprinse acele tipuri care suferă sau fac să sufere societatea din cauza anomaliei lor. Se deosebesc următoarele variante:

I. Variații ale bazei caracterologice:

1. variații ale temperamentului:
   a. excitatul anormal (sangvinicul);
   b. flegmaticul anormal;
   c. veselul anormal (euforicul);
   d. tristul anormal (depresivul);
2. Variații ale voinței:
   a. abulici anormali;
   b. abulicul total şi nestatornic;
   c. încăpățânatul volitiv;
3. Variații normale ale afectului şi instinctelor:

a. Gemutlose (la care intră moral insanity) sau delincventul înnăscut);

b. Fanaticii: fanaticul activ (de luptă, cum ar fi pseudovirulentul) şi fanaticul pasiv sau lânced cum ar fi sectarii, bizarii ciudați, sonderling).

II. Variații anormale ale energiei sufleteşti:

1. Neurastenicul lui Beard, care se caracterizează prin slăbiciunea sa iritabilă;
2. psihastenicul lui Janet, la care, dimpotrivă, precumpăneşte scăderea energiei psihice față de orice trăire.

III. Variații anormale ale caracterului reflexiv:

1. Istericul;
2. ipohondrul;
3. nesigurul;
4. senzitivul.

Aici mai aparțin acele forme patologice care iau naştere din concentrarea şi direcționarea premeditată a conştiinței asupra propriei ființe.

Triada psihopatică. Pentru psihopatie sunt caracteristice 3 modalități sindromatice:

1. Sindromul „principiului plăcerii”, care este de multe ori identic cu perversul polimorf;
2. Absența totală sau parțială a mediei, deci slăbiciunea cenzurii față de pulsiunile plăcute ale primei copilării;
3. Ventile instinctive, tri sau gvadricalitative, adică Eu-l alege totdeauna mai multe modalități prin care să „tragă chiulul” tensiunilor interne.

Sindromul principiului plăcerii, este cea mai bună dovadă că persoana psihopată, ca urmare a unei inhibiții a dezvoltării instinctive normale a rămas fixată la o treaptă infantilă. Sindromul principiului plăcerii ia naştere din cuplarea următorilor factori:

1. „p+” sau „p±„: sau, mai rar, „p0”: pulsiune spre putere, posedare, luare în posesiune, stăpânirea totală a unui partener din simplul motiv că doreşte să se completeze psihologic cu el, să se întărească cu forța lui, este deci, un fel de „narcisism paranoic”.
2. „d+” sau „d±„ sau, mai rar, „d0”: fixare la faza anală din care decurg 4 simptome:
   a. pulsiuni anal-erotice, onanie anală, anhilingus, sodomie;
   b. achiziție infantilă (cleptomanie cu sindromul „e0”, „k-„ „p+”);
   c. incapacitatea de a transforma instinctul de achiziție într-o necesitate autentică. Deci, dorința de a satisface imediat instinctul de achiziție (d0);
   d. lipsa unei unități de măsură valorică la câştigarea Obiectelor din lumea înconjurătoare: să apuce la întâmplare, pripeală, nestatornicie (d0);
   e. permanenta rivalizare cu partenerul (p+, d+).
3. „m+” sau „m-„ rar, „m0”: fixare la faza orală: erotico-orală (felație, cunnilingus), lăcomie, beție, logoree, toxicomanie, sadism oral (m+, s+ sau m0 sau s0) şi o nesăbuită dorință de a fi acceptat ca partener, de a fi primit de partener.
4. „k-„: negarea oricărui ideal sau devalorizarea tuturor idealurilor, devalorizarea propriei persoane, incapacitatea de a forma o legătură Obiectală, ideală, incapacitatea de identificare, de vreme ce prima identificare a fost deranjată peste tot, sau, nu a avut loc, imposibilitatea de a se accepta aşa cum este.
5. „s+” sau „s0” sau „s-!”: bararea agresiunii care ridică persoana împotriva partenerului (s0). Alosadism, de multe ori şi împreuna propriei persoane. Autosadism sau autosabotare şi totală supunere față de partenerul sexual.

Principiul plăcerii se exteriorizează deci în următoarele formule, foarte caracteristice pentru psihopatie.

1	2	3	4	5
p	d	m	k	s
+ (±, 0)	+, (±, 0)	+, (±, 0)	-, -!, (0)	+ (0, -!)

Din punct de vedere evolutiv, acest complex al principiului plăcerii poate fi dedus dintr-un Oedip extrem de puternic. Formula Complexului Oedip ar fi următoarea:

S	**P**	**Sch**	**C**
rar 0/+	-/+	-/+	-/+
-/+	-/+	-/+	-/+
-	-	-	-

Dacă psihopatul respectiv renunță la cramponarea față de părinți (d-) şi îşi caută un alt partener, pentru a transfera asupra lui situația oedipiană (d+), atunci ia naştere situația instinctivă de mai sus cu sindromul principiului plăcerii.

Cercetările experimentale pe criminali, pe criminalii pasionali, sau dintre cei care omorau din plăcere sau pentru a obține plăcere, au arătat că şi la aceste cazuri se vede mai limpede acest sindrom al principiului plăcerii. Din fericire, nu fiecare psihopat devine criminal, dar fixarea psihică la nivelul Oedip-Cain, este tipică pentru orice psihopat.

Absența mediei: acest simptom deosebeşte psihopatia de psihoze şi nevroze, de vreme ce psihoticul şi nevroticul au o senzură prea severă în structura Eu-lui (Sch) şi în sectorul instinctelor moral-etice (P), psihopatul îşi pierde foarte uşor această cenzură. Unii dintre psihopați au şi

anxietate de culpă sau chiar de pedeapsă, dar ei proiectează această culpă pe persoane din mediu, ceea ce s numeşte „medie negativă”.

Slăbiciunea sistemului de „luare de atitudine” (e, hy, k, p, dar mai ales hy şi k) este unul din criteriile obligatorii la diagnosticarea psihopatiei.

Să încercăm să facem o paralelă între variaţiile centrului aşa cum ele apar în psihoze şi nevroze, pe de o parte, şi, în psihopatii, pe de altă parte:

Schizoidul paranoid: ascunde şi apoi proiectează tendinţele sale homosexuale. Pe de altă parte, homosexualul manifest îşi clădeşte în propriul Eu un Eu ideal feminin fără nici un fel de inhibiţie, deosebirea se vădeşte deci în reacţia:	e hy k p 0 - 0 - hy-!, p-! p± (homosexual manifest) p+ (schizoid paranoid)
Catatonicul: întrebuinţează mecanismele de apărare până la exagerare şi deci barajul total al Eu-lui, dar el se izolează total şi faţă de orice izvor de plăcere, autism.	e hy k p - 0 - 0 Eu-l barat=Sch-!/0
Criminalul pasional: stă mereu pe planul principiului plăcerii infantile, el este posedat de principiul plăcerii, devalorizează orice valoare şi este în ultima analiză distructiv.	C-/- C+/+ p+=plăcere infantilă k-!!
Melancolicul: este în profunzimile sale un Cain, deci un ucigaş „P+/-„, dar şi un autist, dar nu-şi îndreaptă agresivitatea spre lumea exterioară, ci împotriva propriei persoane, devenind un sinucigaş.	e hy k p - + + ± Sch+/-; s-!
Dar *criminalul autist* nu ucide niciodată propria persoană, ci Obiectul.	e hy k p - + + -
Maniacul: s-a desprins total de lume şi a devalorizat toate valorile, stăvileşte în sine orice agresivitate, şi totuşi, este un vesel, Un Abel care tinde numai spre bine.	e hy k p + - -! -! C0/-, k-!, s+!, P+/-
Psihopatul nestatornic lichidează toate instanţele superioare şi pierde astfel parţial sau total orice luare de atitudine în centru.	e hy k p 0 0 0 0 0 0 0 -

Variaţiile centrului la psihopaţi

e	hy	k	p	**Diagnostic clinic**
0	0	0	0	Nestatornicie sexuală, alcoolism
0	0	0	+	Paranoid, alcoolism, cleptoman, homosexual (la bărbaţi)
0	0	0	+	Exhibiţionism, imoralitate
0	0	0	-	Homosexualitate, crimă (juvenilă)
±	0	0	0	Lesbiană
-	0	0	0	Lesbiană psihopată
+	0	0	0	Alcoolism
0	0	-	0	Criminal juvenil
0	0	-	±	Criminal juvenil
0	-	-	±	Crimă pasională
0	-	0	0	Alcoolism, sado-masochism
0	-	0	-	Crimă pasională
0	-	0	+	Crimă pasională
0	±	0	±	Homosexualitate pasivă
±	0	0	± (+)	Cleptomanie, sado-masochism
+	0	0	±	Alcoolism
+	0	0	-	Exhibiţionism, alcoolism
-	0	0	± (+)	Homosexualitate, toxicomanie, crimă
-	-	0	0	Fetişism, sado-masochism, crimă
-!	+	0	0	Crimă, fetişism

-!	+	-	±	Viol cu crimă
±	+	-	-	Viol cu crimă
-	0	-	±	Crimă pasională
-	0	-!	+	Crimă
		!		
-	+	-	+ (0)	Crimă
-	+	-	-	Viol cu crimă
-	-	-!	-	Viol cu crimă
-	-	-	-	Crimă pasională
-	-	0	-	Crimă pasională
±	-	-	-	Crimă pasională

Epilepticul genuin este un Cain integral care ar putea ucide Obiectul pe care îl urăşte. El dă chiar sindromul clinic de „criminal E" (e-, k sau p- şi m-). Dar de vreme ce criminalul ne epileptic îşi păstrează intactă structura de ucigaş, epilepticul se refugiază în propria sa criză, se ucide simbolic în propria sa criză, pentru a nu-şi ucide Obiectul pe care-l urăşte. Acest sistem de apărare poate apare şi la criminal sub forma ventilului crimei care este „e0". Pentru epilepsie este caracteristic sindromul criminal „E", cu ventil nul la factorul „e" (e-, e0; k- sau p-).

Isteria de conversie vrea să-şi etaleze necesitățile instinctive (hy+), are în domeniul afectiv (P), exact ca şi nestatornicul, o slabă luare de atitudine. Dar cu atât mai mult este Eu-l sever. Se apără de pericol prin: inhibiții (Sch-/+), cu refulare (Sch-/0) şi cu mecanismul înstrăinării (Sch-/±).

Astfel, orice impuls de evidențiere care ar putea fi periculos societății este convertit şi făcut inofensiv.

Fobicul se apără de pericolul instinctiv cu ajutorul mecanismelor centrului. El îşi mobilizează toate modalitățile de apărare a Eu-lui (Sch±/±), pentru ca urmările dorinței sale de evidențiere (hy0) să se neutralizeze.

Deci psihopatului îi este specific un anumit sistem al pericolelor instinctive, dar mai ales o *slăbiciune a cenzurii în centru*. Destinul oricărui psihopat este determinat de slăbiciunea sau absența cenzurii centrului. Absența centrului sau centrul negativ deosebesc clinic psihopatul de psihotic, de nevrotic sau de normal. Cenzura slabă a centrului probabil ereditară, duce la anomalie sexuală, perversiune, inversiune, sado-masochism, exhibiționism, fetişism, nestatornic, toxicomanie, criminal.

Ventilul tri- sau cvadricalitativ al instinctului. Prin ventile instinctive înțelegem acele domenii ale vieții instinctive în care nu există pericole instinctive prea mari. Ventilele instinctive se evidențiază experimental prin dimensiuni foarte scăzute de latență, în proporțiile de latență. Un exemplu: un bărbat de 51 de ani, condamnat pentru viol şi crimă, după o perioadă lungă de latență, dă următoarele proporții de latență:
Sh+8 Phy-1 Schp-1 C0.

Ventil instinctiv tri-egal. Bărbatul aparține clasei tri-egale Sh+: zona sexualității conține cel mai mare ventil instinctiv (8) şi este firesc ca el să nu-şi poată satisface perversiunile sale în închisoare. În schimb, în domeniul activității Eu-lui şi al vieții de contact îşi câştigă o liniște relativă, deci zone fără tensiune. Aceasta se datorează gradului scăzut de latență la vectorii „p", Sch şi C. Aici şi-au deschis ventile 4 instincte. În fapt, el prezenta idei delirante paranoide (Schp-1) într-o formă heboid-teatrală (Phy-1), şi îi căuta pe cei care îl „persecutau" (C+0). Crede că este hipnotizat şi electrocauterizat, cineva taie în stomacul lui. Şi în mâncare exista ceva „care-l lucrează împotriva naturii". El aude voci ca în vis. Biserica închisorii este o arcă a lui Noe, acoperişul i s-a ridicat şi pluteşte deasupra apelor. Acest delincvent sexual, care înainte de a fi închis arăta numai ca un psihopat obişnuit, ajunge, după ce stă la închisoare, să-şi un ventil din aceste halucinații şi deliruri(false sau reale) un ventil pentru ventilele sale arhaice. Pericolul sexual s-a transplantat pe alte domenii instinctive.

Această modalitate de ventil, tri- sau cvadri-calitativ instinctiv este caracteristica pentru psihopatul nestatornic: sexual, porioman, cleptoman, dipsoman, etilic, narcoman. Psihopatul nestatornic nu suportă tensiuni instinctive decât maximum într-un singur compartiment instinctiv.

Această tensiune, îşi căuta ventile în alte domenii instinctive, după cum este cazul de mai sus, sexualitatea constrânsă la lâncezeală din cauza închisorii, se descarcă arhaic în halucinaţii şi deliruri mai mult sau mai puţin neautentice.
Rezumând:

1. Psihopaţii sunt fixaţi la o treaptă primitiv-infantilă a sexualităţii şi a principiului plăcerii. De aici tendinţa lor spre perversiuni polimorfe, spre delicte sexuale.

2. Psihopaţii suferă de o absenţă sau o diminuare a centrului (P şi Sch). Ei nu au un sistem clar şi adult de luare de atitudine. În acest punct ei sunt absolut opuşi psihoticului şi nevroticului. Psihoticul şi nevroticul se îmbolnăvesc din cauza rigidităţii cenzurii. Societatea suferă din cauza psihopatului, pentru că acesta nu are un centru bine consolidat. De aici numărul crescut de criminali printre psihopaţi.

3. Psihopatul îşi fabrică în 3 sau 4 domenii instinctive ventile de siguranţă în care se descarcă tensiunea instinctivă din domeniul în care este prea mare.

Psihopatul nu suportă niciodată tensiune instinctivă mare în mai multe domenii deodată. Acolo unde nu mai poate, psihopatul caută să-şi fabrice ventile de siguranţă. De aici nestatornicia.

Forme speciale de psihopatie

Pe baza diverselor modalităţi de rezolvare a pericolului instinctiv şi pe baza acestui pericol însuşi, psihopatiile pot fi împărţite în 3 mari grupe.
Psihopatii sexuale:

1. perversiune;

fetişismul;
masochismul;
sadismul: metatropism;
exhibiţionism;

2. inversiuni: homosexualitate, bisexualitate;

Psihopatii „de contact social”:
toxicomania;
nestatornicul.
Psihopaţii criminali.

Psihopatii sexuale

Psihologia instinctelor în perversiuni: Krafetesbing stabileşte următoarele criterii ale perversiunii: acea exteriorizare este perversă, care deşi posedă toate trăsăturile normale ale scopului natural propus (perpetuarea) nu ajunge la acest scop.
Pentru Freud, perversiunile înseamnă abatere de la scopul sexual:

a. Abaterea de la regiunile anatomice obişnuite ale contactului sexual;
b. Zăbovirea la relaţiile intermediare ale sexualităţii, care în mod normal sunt trecute rapid în etape succesive.

La litera „a” aparţin: fellatio (fello=a suge), irrumatio (ruma=faringe), cunilingus (cunnus=vulvă, lingua=limbă), lambatio sau anilingus.

La litera „b” intră: voyeurismul, exhibiţionismul pasiv, exhibiţionismul activ sau propriu-zis, sadismul, masochismul. La primă grupă de perversiuni trebuie să fie depăşită limita superioară a scârbei şi a dezgustului. La cea de-a doua grupă trebuie depăşită limita pudorii şi a sensibilităţii dureroase.
Pentru ca o acţiune perversă să fie bolnăvicioasă este necesar:

1. Ca tendinţa către obiectul neadecvat să se substituie scopului sexual normal;

2. Ca o porțiune a obiectului sexual a anumitei persoane să devină independent şi obiect sexual în sine (ca la fetişism). Pe scurt, dacă în legătură cu obiectul şi scopul sexual intervine o exclusivitate şi o fixare;
3. Ca în atingerea scopului şi a depăşirii oricărei rezistențe (pudoare, dezgust, groază, durere) să se înfăptuiască acțiuni anormale (coprofagie, urolagenie, necromanie, necrofilie.

Aşadar, în cazul perversiunii sexuale, energia psihică operează o enormă metamorfozare a scopului sexual. Această metamorfozare se aseamănă ca mecanism cu idealizarea (sublimarea) instinctelor. Freud avea dreptate să spună „sublimul şi abjectul coexistă la sexualitate în cel mai strâns menaj).

Tot pentru Freud, este normală dacă instinctele parțiale, componentele primare se organizează sub primatul unei singure zone erogene, aceste instincte parțiale, odată organizate, să se satisfacă complet prin corelația cu o persoană străină, cu un Obiect exterior, forțele psihice (ruşine, dezgust moralitate) se poate canaliza instinctul în făgaşul unei limite numite normale (civilizație, educație, religie). Copilul este pervers polimorf tocmai pentru că instinctele parțiale nu au trecut încă sub primatul genital.

Instinctele parțiale, sunt acele tendințe sexuale care-şi au obârşia în zonele erogene, adică oralitate, analitate, exhibiționism, voyeurism şi sadism.

Perversiuni ca deformaţii calitative ale ideii de cuplu

Pentru Schwartz, perversiunea comportă următoarea definiție: „Perversiunea este sexualitate ce exprimă trăiri nespecifice". Perversiunea nu-şi găseşte nici un fel de treaptă precedentă în sexualitatea normală, în cel mai bun caz, forme primitive sau omologări într-o homosexualitate defectuoasă de juvenil (masturbare, homosexualitate juvenilă). Legea de bază a perversiunii sexuale este: în domeniul psihic nu există niciodată o simplă exagerare cantitativă a normalului, ci, numai una calitativă. Domeniul în care se petrece această deformare calitativă, este domeniul de bază a sexualității, cuplul. A fi bolnav, după Schwartz, înseamnă că există undeva o deranjare esențială a coordonării cuplului. În perversiune „apartenența la partener decade în suferință, libertatea opțiunii se transformă în constrângere". Pentru Schwartz, cele 3 criterii ale perversiunii sunt:

1. Sexualitatea perversului devine anormală în funcție de anormalitatea cuplului.
2. Relațiile degenerate față de partener, îşi găsesc expresia specifică tocmai în sexualitate, şi nu în delictul legat de ea. Pentru Schwartz, criminalul pasional nu se slujeşte de instinctele de distrugere prin intermediul sexualității, pentru că la criminalul sadic şi pasional există o corelație şi combinație între crimă şi afect sexual.
3. Permanent, sau numai episodic, perversul se găseşte în altă „lume", în care, Obiectul sau maniera relației sexuale pot căpăta calități specifice sexuale, cu toate că pentru altul nu-l au. Astfel stând lucrurile, nu este pervertită numai sexualitatea perversului, ci întregul său fel de a fi în lume. Dătător de ton este numai felul în care este construită şi componenta acestei lumi. Perversul este pentru Schwartz, un bolnav al „contactului cu lumea".

În *teoria distrugerii* a lui Von Gessattel semnificația perversiunii este distrugerea, deranjul, amputarea şi fărâmițarea întregului. O parte este ridicată la rangul de întreg, dar, în mod paradoxal, cu păstrarea noțiunii de întreg pentru întregul autentic. Orice pervers, indiferent de forma clinică, este un revoltat față de ideea atracției sexuale pentru procreare, atracție normală față de femeie. Toate parafiliile sunt forme reactive (în sens Freudian, deci contrastant) de tip distructiv, revoluții împotriva întregului, împotriva pudorii, dezgustului, convenției. Perversiunile sunt atitudini negative ale persoanei față de orice semnificație vitală, față de orice constructiv şi față de ordinea naturală a realității sexuale.

Pentru *teoria deformării* şi devalorizării a lui E. Strauss, perversiunile se orientează împotriva valorilor pozitive. Perversiunea poate apare numai la om, niciodată la animale, pentru că perversiunea apare numai acolo unde alegerea sexuală este de la început centrată de valori (de exemplu frumusețea). Semnificația perversiunii ar fi astfel devalorizarea oricăror valori prin actul

pervers. De exemplu, conținutul excitant al actului sadic, nu este distrugerea în sine, ci devalorizarea realității vitale. Semnificația sadismului este devalorizarea, şi nu dorința de putere, aşa cum sa crezut. Orgasmul unui pervers ia naştere din deformarea valorică a subiectului şi a partenerului său. H. Kuns şi L. Binswanger nu sunt de acord cu teoriile lui Strauss. Pentru Kuns, rădăcina oricărei perversiuni este principiul distrugerii.
Una dintre manifestările esențiale ale perversiunii este tulburarea tandreței, tocmai pentru că tandrețea este emisarul de întreg al iubirii, de vreme ce perversiunea este agentul care fărâmițează întregul iubirii.

Teoria Analizei Existențiale despre perversiune după L. Binswanger şi M. Boss: Ei resping teoria instinctelor parțiale ale lui Freud pe baza faptului că ideea unui instinct parțial este prea ipotetică. Sistemul instinctiv psihanalitic este pentru aceştia o construcție teoretică căreia îi scapă orice contact real şi vital cu iubirea, cu existența diverselor moduri de iubire. Semnificația perversiunii trebuie dedusă din două modalități ontologice ale omului: existența finită a omului, limitele realității care nu se opun oricărui act uman care determină izolarea, îndărătnicia, arbitrariul, orgoliul, panica anxioasă şi existența dual infinită (această de-a doua modalitate ridică orice granițe între esență şi fenomen, între imaginea actuală şi ideea originară, ajungându-se la o dualitate a infinitului trai în 2, a eternității între Eu şi Tu, devenit Comuniune. Această comuniune, şi numai ea, se numeşte iubire). Modul existențial al iubirii trebuie să-i confere existenței finite a omului, abjectivității şi orgoliului său unimodal conştiința infinitului şi a eternității, credința în etern. Perversiunile sunt deranjamente ale dialecticii dintre Iubire şi Lume. Perversiunea este limitarea modului dual de existență, ea este expresia cea mai tipică a existenței finite a omului, a îndărătniciei, a Egoismului şi a arbitrariului. Formele de iubire degenerată apar atunci când transparența erotică a existenței este influențată negativ şi izolată prin frica şi îngustarea orizontului (dar pentru noi aceste două modalități ale iubirii existențiale nu sunt altceva decât epifenomenele a celor două moduri de a realiza destinul Eu-lui). Forma finită a existenței este destinul lui „k", iar forma eternă este destinul lui „p", iar modul dual este realizarea armonică a lui „k" şi „p", deci „Sch.

Pentru *analiza destinului*, perversiunile sunt tulburări grave ale Eu-lui de o natură cu totul specifică. În funcție de această tulburare a Eu-lui, se pot deduce două criterii ale perversiunii.

Exclusivitatea sexuală de împlinire şi dominare. Omul pervers îşi concentrează activitatea în forma sa pasivă sau activă, activitatea sa de a se împlini şi de a domina numai şi numai asupra sexualității. Perversul este incapabil să aibă instincte de împlinire şi de dominare în alt domeniu decât în cel sexual. Perversul cunoaşte doar o modalitate de dominare a partenerului, numai o singură idee fixă: sexualitatea. În rest, acest lucru se vede prin sindromul pervers al principiului plăcerii.

p+! (0, ±)	Adică: persoana respectivă este posedată de plăcere sexuală, toate componentele sexuale „o umplu până la refuz"
d+ (0, ±)	
m+ (0, ±)	
h+ (0, ±)	
s+ (0, -)	

Tulburarea capacității de luare în posesiune: Omul pervers şi-a pierdut capacitatea de a lua în posesiune Obiectul sexual cu ajutorul Eu-lui. La baza acestui aranjament stă îmbolnăvirea funcției Obiect-ideal al Eu-lui. O anumită grupă de perverşi posedă desigur această capacitate de a lua în posesiune introiecția Obiectului (k+), dar introiecția psihică nu le ajunge,, nu-i satisface pentru că nu se pot asigura de securitatea Obiectului. Ei simt necesitatea a ceva material, a unei porțiuni real materiale, aşa cum aceasta se întâmplă la fetişişti.

La altă formă, mai gravă a perversiunii, la sadici, funcția ideală a Obiectului este complet pierdută, pentru că Obiectul ideal este distrus şi devalorizat (k!!), tocmai pentru că sadicul nu-l mai poate lua în posesiune decât în forma sa distrusă sau fărâmițată. Dar fărâmițarea nu este specifică sadismului, ci numai tendința subiacentă a acestei fărâmițări, şi care este necesitatea impetuoasă de

a intra de facto în posesia Obiectului sexual. Probabil că tulburarea acestei capacități de luare în posesie este o urmare a exclusivității sexuale, a necesității de dominare şi împlinire.

p+! *exclusivitatea sexuală a necesității de împlinire.* Toate ființele care se reproduc sexual au ca şi caracteristică principală necesitatea de a se împlini, de a deveni un tot, de a se desăvârşi. Este aici una din rădăcinile care coboară din însă-şi dualitatea hermafrodită care este, în fond, unica existență perfectă, totală. O ființă este perfectă numai dacă posedă organele sexuale ale ambelor sexe. Numai astfel devine atotputernică. De altfel, această temă survine obsedant de des în legendele indiene din Upanişade, miturile vechi, Babiloniene, paleo-greceşti la Empedocle, în sfârşit, potentate filozofic la Platon. În faza ontogenetică embrionară orice om a fost un hermafrodit dual înainte de a deveni un individ zigotal. Această fază dual este fireşte anerotică pentru că atracția sexuală nu poate apare la individul segmentat din punct de vedere al sexului şi reduşi la jumătate.

Atracția sexuală este tocmai această tendință de a anula jumătatea în fiecare din noi, de a reveni la unitatea hermafrodită, imperfecțiunea zigotată. Necesitatea de putere absolută este deci acelaşi lucru cu necesitatea după total (hermafrodit), pentru că în stare de unitate totală, necesitatea de a mai căuta ceva dispare. Prin zigotare embrionară, individul îşi pierde desăvârşirea globală a împlinirii, devine om jumătate din care, situația de jumătate, decurge dorința de a se desăvârşi şi împlini. Dar cum această unitate şi desăvârşire a mai existat odată, înainte ca persoana să fi existat ca realitate psihologică, sălăşluieşte în fiecare din noi, dorința de a reveni la această unitate. De aici necesitatea de a se împreuna cu cealaltă jumătate. Această tendință spre completare şi împlinire este numită de Platon Eros, iar pentru Analiza Destinului ea se numeşte genotropism, prin acesta înțelegem acel fenomen prin care existența „jumătate" reuşeşte să se unească în unitatea totalului. Un om este normal dacă îi ajunge ca prin coit să simtă că se completează cu partenerul. Necesitatea de împlinire este patologică în cazul în care persoana nu şi-o poate satisface pe nici una din căile normale. Orgasmul este extazul maxim în care se realizează această necesitate de împlinire. Orgasmul este acea clipă în care jumătatea imperfectă ia total în posesie jumătatea care-i lipseşte. În viața de toate zilele acest impuls este împiedicat de cele mai diverse oprelişti.

Perfecțiunea, dorința de putere totală şi dorința de putere în genere îşi au obârşia în necesitatea originară de a avea ambele organe sexuale. Acest lucru se realizează în fond prin coit. Pentru câteva clipe în coit organismul devine total desăvârşit total, hermafrodit. Restul de energie care decurge din tendința spre atotputernicia omului se întrebuințează la omul normal în trăiri sociale sau spirituale, în satisfacții sociale sau spirituale, care astâmpără setea dual rămasă după realizarea coitului. Perversul este bolnav tocmai pentru că nu este în stare să se echilibreze altfel decât sexual. Este unica modalitate în care restul de energie poate să se astâmpere.

Tulburările introiecției. Fetişistul este incapabil ca urmare a unei simple introiecții a Obiectului iubit, să ajungă în posesia unui nou Obiect libidinal. Pentru a putea face totuşi aceasta, el are nevoie de porțiuni materiale ale Obiectului sexual, care îi lipseşte pentru a putea realiza uniunea sexuală, pentru a putea avea, fie şi o falsă noțiune despre ceea ce este împlinirea sexuală. Fetişistul ajunge la un orgasm doar în cazul în care în porțiunea sexuală care lui îi lipseşte (sau surogatul ei) devine de facto proprietatea lui materială. Intrarea în posesie prin coit nu îl mulțumeşte, pentru că împlinirea sexuală înseamnă la el intrarea în posesie a unei porțiuni a partenerului: păr, furou, pantofi, mănuşă. Fetişistul este un dublu bolnav: un bolnav al sentimentului de împlinire şi atotputernicie, dar şi un bolnav al introiecției.

Fetişismul	k+!! sau ±
	p+ sau ± sau 0

Tulburări în maniera negației. Survin atunci când persoana nu poate fi mulțumită prin simpla luare în posesie prin coit şi este silit să-şi distrugă Obiectul sexual, să şi-l apropie ca „materie moartă". Criminalul pasional trebuie să-şi ucidă Obiectul sexual, deoarece, doar pe această cale, el poate avea sentimentul siguranței că Obiectul va fi al lui.

De aici *necrolagnia,* adică uciderea Obiectului sexual pentru a coita apoi cu cadavru, pentru că în felul acesta, Obiectul îi aparține total şi cu certitudine numai lui. Tocmai de aceea, criminalul pasional taie sânii, genitalele, abdomenul victimei, pentru a-şi apropia cât mai mult, exact părțile

care îi lipsesc pentru a se simți împlinit. Sadicul anal caută şi el o modalitate de a se împlini sexual, de vreme ce în poziție normală nu simte nici un fel de orgasm. Masochistul simte acelaşi lucru ca şi sadicul, dar în formă pasivă. El se poate unifica cu partenerul numai dacă simte că este fără nici un drept de apel în posesia acestuia, dacă i se supune umilitor, dacă partenerul este stăpân pe viața şi pe moartea lui. Masochistul trăieşte atotputernicia erotică numai în forma pasivă de dăruire şi supunere.

Exhibiționistul îşi trăieşte puterea erotică numai cu condiția ca Obiectul în fața căruia se exhibă să rămână pasiv. În prezența lui, Obiectul sexual (deci spectatorii) trebuie să înlemnească de groază, aceasta este plăcerea exhibiționistului. El este satisfăcut numai dacă ştie că partenerul sexual (dar de cele mai multe ori sunt parteneri, pentru că este un public) este fascinat şi paralizat de frică în fața lui, în fața penisului lui pe care şi-l expune. Numai în felul acesta, exhibiționistul poate simți orgasmul, adică poate avea senzația că a intrat în comuniune sufletească cu partenerul.

Perverşii sunt suferinzi de maladii ale Eului, în primul rând pentru că ei nu pot ajunge la satisfacerea dorinței lor de putere şi împlinire decât pe cale sexuală, şi, în al doilea rând pentru că posedarea Obiectului este strict materială: fetişistul are nevoie de fetiş, exhibiționistul îşi arată propriul penis, de aceea sadicul trebuie să simtă fizic chinul pe care i-l face partenerului. Probabil că perversul nu poate intra în posesia Obiectului sexual, pentru că ei nu îşi pot satisface dorința de putere şi împlinire decât dacă organul sexual opus intră de facto în posesia lor materială. De multe ori ei caută surogate ale acestor organe. Căutând jumătatea corporală care le lipseşte, ei o ating şi o realizează numai pe calea subterfugiului şi a erorii perverse.

Perversul este un revoltat împotriva existenței sale înjumătățite, împotriva unisexualității sale, el vrea să devină bisexual, aşa cum a fost odinioară. În acest sens, perversiunea este pozitivul homosexualității şi a paranoiei, pentru că la aceasta din urmă, persoana se vrea ruptă în două, vrea să fie numai sexul care îi lipseşte, dar neagă sexul pe care realmente îl are. În schimb, perversul vrea să fie de ambele sexe.

Fetişismul - Kraffet-Ebing distinge 3 forme:

1. Orgasmul se declanşează la atingerea unei părți a corpului feminin (ochi, ureche, mână, picior, păr).
2. Orgasm printr-o piesă de îmbrăcăminte (batistă, furou, pantofi; fetişiştii de pantofi sunt strâns corelați cu masochiştii pentru că le place să fie călcați în picioare de femei elegant încălțate).
3. Orgasmul la diverse stofe (blană, stofă, mătase, piele, catifea).

Pentru Freud, fetişul este un surogat de penis, un surogat pentru ceea ce copilul a crezut în copilărie că este penisul mamei şi care-l depărtează de organele genitale reale. Fetişul este un simbol şi un sanctuar al penisului pierdut al mamei, dar şi un triumf asupra amenințării de castrare, deci o pavăză împotriva fricii de castrare.

Alegerea fetişului în legătură directă cu faza la care se opresc amintirile, la orice amnezie traumatică, adică: o fixare la chiloți, se întâmplă atunci când bolnavul devine conştient că chilotul acoperă o regiune în care femeia nu are penis, iar fixarea la chiloți îl ajuta să anuleze ideea neplăcută că femeia nu are penis. Fetişul este întotdeauna ambivalent: centura de castitate ascunde penisul femeii, dar şi certitudinea castrării. Pentru Von Gessattel, fetişistul se poartă împotriva totului şi ridică o parte la rang de întreg. Strauss deosebeşte între alofetişism activ la bărbat şi un autofetişism (narcisist) la femeie. Narcisismul la femeie ar fi, după Strauss, doar echivalentul psihic al fetişismului material de Obiect. În ce priveşte existențialiştii, Boss, nu neagă în etiopatogeneza fetişismului anxietatea de castrare Oedipală, dar crede că anxietatea originală este o trăsătură de bază a existenței psihice, iar frica de castrare nu este altceva decât eruperea la suprafață a acestei frici originare. Fetişul poate astfel înlocui (în mod inofensiv) genitalul feminin (pantof pentru vagin).

Pentru teoria Analizei Destinului, fetişismul este o modalitate de a ajunge în posesia unui surogat pentru organul sexual care-i lipseşte perversului, prin acest surogat, el devine iar dual, bisexual, hermafrodit, ca înainte de naştere. Fetişul poate fi la nevoie, când organ sexual feminin, când organ sexual masculin.

Dar la fetişist nu îi este suficientă simpla introiecție psihică (k+!), ca surogat pentru organul sexual pierdut, deoarece persoana dorește o dovadă palpabilă care să-i dovedească posesia organului: acesta este fetişul. Anxietatea fetişistului este o anxietate de separare, anxietatea că va pierde dualitatea hermafroditică, pe care prezența fetişului i-o realizează iluzoriu. Fetişul este o pavăză şi un totem pentru a putea lupta împotriva ideii că această dualitate hermafroditică ar putea dispare. În fond, orice uniune duală (deci orice împreunare sexuală normală) este deja un surogat pentru bisexualitatea embrionului. Poate tocmai de aceea, orice pierdere a partenerului dă consecințe atât de tragice pentru că individul simte că îşi pierde dualismul după care tinde, pentru că revenirea la monosexualitate, înseamnă pierderea Totului. În fond, scopul oricărei cuplări este exact acelaşi ca şi la fetişism: permanenta tendință spre Totalitate, spre unitatea hermafroditică; la o cuplare de acelaşi sex vom distinge întotdeauna un partener activ şi unul pasiv. În locul cuplului „bărbat-femeie" apare cuplul „activ-pasiv. Această poziție ne arată limpede că orice cuplare, orice unitate a contrariilor, este progenitală, erotică, şi nu în mod obligatoriu sexuală. La test unitatea Totală a Eu-lui se va vedea prin Sch±/±, adică Eu-l integrat; Sch±/0, adică Eu-l masculin; Sch±/-, Eu-l feminin. Complet integrat, (deci Total), este Eu-l, atunci când ambele sale componente, feminină (Sch±/-) şi masculină (Sch±/0) sunt prezente şi le poate încrucişa. Dar într-o uniune duală, Eu-l partenerului dual este segmentat. Aceasta vrea să spună că partenerul activ are numai Eu-l masculin (Sch±/0), iar cel pasiv, numai feminin (Sch0/±). Numai ambii parteneri posedă Eu-l integrat (Sch±/±), de aici dorința ardentă de a fi mereu alături şi împreună cu partenerul. În caz că unitatea duală încetează, ambii parteneri se pot îmbolnăvi „virtual". Pasivul va face forma paranoidă, activul una obsesivă. Dar ambele forme sunt o „nevroză a sentimentului înjumătățirii". Scopul final al dezvoltării Eu-lui ar fi Eu-l integrat masculin-feminin, deci Eu-l perfect, dar aceasta se întâmplă foarte rar. Testologic, fetişismul are următorul sindrom:

k+!	introiecție
p+, ±, 0	impuls de împlinire, de luare în posesie
s-!	pasivitate, masochism
hy-!, 0, +, ±	a se ascunde, ruşine în fazele interparoxiste, lume fantezistă ireală, în extaz: dorința de a exhiba cu fetişul

Fireşte că trebuie să fie prezent şi sindromul de pervers polimorf:

p+, ±, 0
d+, ±, 0
m+, ±, 0

Fetişismul este foarte apropiat testologic de masochism, iar diferențierea este de multe ori dificilă. Clinic, acest lucru este explicabil, dacă ne gândim că cei mai mulți masochişti sunt şi fetişişti.

Masochismul şi sadismul: iată ce spune Krafft-Ebing": „Prin masochism se înțelege o perversiune particulară a sexualității care constă în faptul că individul dorește să fie dominat de o persoană de sex opus, care să-l trateze ca pe o slugă, să-l chinuie sau chiar să-l rănească. Toate aceste reprezentări sunt dominate de plăcere". „Sadismul este plăcerea sexuală dusă până la orgasm, atunci când vezi sau simți că poți face persoanei de sex opus durere şi chinuri groaznice. Dar el poate fi limitat şi numai la animale".

Magnus Hirschfeld spune: „în timpuri străvechi, intrarea în posesie a unei femei este similară aşa cum este azi la marea majoritate a animalelor, mult mai energică şi dură decât azi (furt de femeie, ceremonial de răpire de femei, răpirea sabinelor). Femeia devenea proprietatea bărbatului prin rapt, apoi prin schimb de mărfuri sau cumpărare. Femeia era o parte din grandoarea fizică a bărbatului. Orice dependență declanşează lent o răzvrătire, iar femeia făcea conştient sau inconştient din iubirea ei pentru bărbat o suferință. Aici rezida secretul plăcerii prin suferință sau Passiophiliei".

Metatropismul este acea anomalie sexuală dintre bărbat şi femeie, bărbatul devine pasiv, „sluga", iar femeia activă „stăpâna". Metatropismul este deci, expresia cea mai pură a

masochismului masculin, pe de o parte, şi a sadismului feminin, pe de altă parte. Metatropiştii pot deveni, nu în mod obligatoriu, bisexuali.

Bărbatul metatropic se caracterizează prin următoarele: alege numai eroine, amazoane, femei virile, aşa-numitul viragotip, femei cu defecte fizice (strabism, diforme, - cum făcea Descartes -, pirpirii, hemiplegice, infantile, şchioape, amputate, oarbe), foarte bătrâne (gerontofilie), intelectuale de rasă, majestuoase ca înfăţişare, de origine socială foarte sus puse, pedagoge, învăţătoare, dresoare de animale, călăreţe de circ, maseuze.

Formele masochismului la bărbaţi: înjosirea stării sociale (servilism) când îi place să joace rolul de sclav, slugă, paj; înjosirea ca vârstă: când joacă rolul de nepot pe lângă o femeie ce i-ar putea fi şi îi este – psihologic – mătuşă, dar şi înjosire cu sex: transvestitismus, metotropis, soomimetic, când realmente îşi pune zăbala la gură şi hamuri pe care femeia să le conducă. Modul contactului sexual cu femeia, la bărbatul masochist se extinde pe o gamă foarte largă de la „simpla coitare verbală" în care totul se reduce la corespondenţa înjositoare, apoi dorinţa de a fi educat de femeia iubită, dorinţa de a fi închis propriu-zis de femeie, dar şi triolismus.

Femeia metatropică: alege bărbaţi efeminaţi, homosexuali, doreşte să fie tirană, să-şi subjuge partenerul, să-l umilească: este de obicei artistă, scriitoare, şefă, educatoare, maseuză, iar coitul îl face doar inkupus şi este de multe ori o homosexuală virilă.

Pentru Oswald Schwartz, sado-masochismul este consecinţa unei supuneri exagerate a individului faţă de părinţii săi în tinereţe. Nucleul oricărui sado-masochist este raportul de supunere oarbă din copilărie şi adolescenţă. Au trecut de mult, în copilărie printr-o fază de supunere oarbă, respectiv teroare cruntă. Durerea nu are acelaşi rol la sadic ca şi la masochist. Mai mult chiar, la masochist durerea poate fi simţită ca atare, deci neplăcut. Mai important este faptul că masochistul suportă ca durere reală pentru că acest „suportat" să facă martiriu (ca un martir adevărat), pentru ca în acest fel să poată savura inferioritatea unei situaţii, nu durerea în sine sau pentru sine. Numai la sadic este probabil că există o legătură primară între durere şi cruzime, cu excitare sexuală. Numai la sadic durerea poate declanşa direct un orgasm, dar ambele, atât sadismul, cât şi masochismul, sunt tulburări ale relaţiei, ale contactului social.

Pornind de la teoriile lui Weiszann, Freud distinge între instinctele vieţii şi instinctele morţii. Instinctelor vieţii le aparţin instinctele libidinale, deci, atât speciile cu Obiect libidinal (cele sexuale strict înţeles), dar şi Libidoul Eu-lui (narcisism).

Instinctele vieţii derivă din Eros, deci, din forţa care exercită o coeziune permanentă asupra substanţei vii. Instinctele morţii au drept scop readucerea substanţei vii în faza anorganică, deci regresia la antologia anorganicului primitiv. Acestei clase îi aparţin instinctele ne libidinale care sunt toate prefigurate în autodistrugerea primară, specifică fiecărei fiinţe. Instinctul morţii îndeplineşte o funcţie asemănătoare tendinţei spre stabilitate (Fechner) sau la realizarea principiului Nirvanei.

Principiul Nirvanei: domină instinctele morţii, principiul plăcerii domină Libidoul, deci instinctele vieţii, principiul realităţii reprezintă imperativul lumii exterioare, cu toate cerinţele fizice şi psihice (mediul). Pentru Freud, masochismul poate apare în 3 ipostaze:

- ca o condiţionare a excitaţiei sexuale;
- ca expresie a unei fiinţe feminine;
- ca normă morală în conduita umană.

În funcţie de aceste 3 variante, există 3 forme clinice de masochism: erogen, feminin şi moral (necesitatea de a fi pedepsit).

La *masochismul erogen*, stă pe planul 2 ca o motivaţie permanentă dorinţa de a fi castrat, dorinţa de a fi coitat, de a naşte. În acest masochism erogen găsim foarte multe resturi ale instinctelor de autodistrugere amestecate cu plăcere care vine de la zonele erogene (masochism oral, masochism anal).

Masochismul feminin este echivalent şi similar cu poziţia femeii în timpul coitului.

Masochismul moral este foarte îndepărtat de sexualitate. Independent de Obiectul iubirii, suferinţa devine o necesitate. Masochismul moral poate fi chiar determinat şi produs de forţe impersonale, suprapersonale, instituţionale (biserica).

În spatele masochismului moral se ascunde necesitatea de a fi pedepsit, sentimentul inconştient de culpă. Oamenii care suferă de masochism moral nu stau sub influenţa unui Supraeu prea sever, pentru că ei nu pot fi conştienţi de asemenea terori morale. La masochismul moral, accentul nu cade pe sadismul exagerat al Supraeu-lui căruia Eu-l ar trebui să i se supună, ci, pe propriul masochism al Eu-lui care se cere pedepsit, fie de Supraeu, fie de alte autorităţi (părinţi, profesori, societate).
Sadismul Supraeu-lui este de cele mai multe ori conştient (mustrări de conştiinţă, conştiinţă de culpă), în timp ce masochismul Eu-lui este rar conştient, de cele mai multe ori inconştient (sentimentul inconştient al culpei, necesitatea de a fi pedepsit).
Masochismul moral este necesitatea inconştientă de a fi pedepsit de către o forţă parentală. Semnificaţia secretă a oricărui masochism moral este o retrăire a complexului Oedip, o agresiune de la morală la complexul Oedip, pentru a putea provoca pedepsirea sa de către părinţi sau locţiitorii lor (destinul), masochistul ajunge să comită acte ilogice împotriva scopului vital, tocmai de aceea lucrează împotriva propriului său interes, tocmai de aceea el distruge cele mai bune premise ale destinului său, pentru a obţine cu orice preţ pedepsirea. Rădăcinile morale sunt duble: sadismul Supraeu-lui şi masochismul Eu-lui, dar, în timp ce sadismul Supraeu-lui ia naştere prin desexualizarea obiectului libidinal (introiecţie), masochismul se sexualizează din nou. Pentru Freud, sadismul nu este altceva decât proiectarea instinctelor de autodistrugere primară.

Sadismul este ceva secundar, numai masochismul sau instinctul de autodistrugere este un fenomen primar. Obligaţia Libidou-lui (instinctele vieţii) este să neutralizeze şi să facă inofensive instinctele de autodistrugere, să le canalizeze spre exterior, spre Obiectele mediului. Foarte mulţi psihanalişti contemporani nu sunt de acord cu această ipoteză de naştere a sadismului şi masochismului.

Pentru Analiza Destinului, sadismul este o necesitate apriorică, genică (necesitatea **s**). Aşadar, este vorba de un instinct independent asemănători cu ceilalţi factori instinctivi. Din punct de vedere psihologic, masochismul este îndreptarea sadismului împotriva propriei persoane. Aceasta vrea să însemne că masochismul este forma specifică a sadismului, o variantă fenotipică a sadismului. Din punct de vedere eredobiologic, în spatele masochismului se află întotdeauna o variaţie alelică a genei „s”. Din această cauză, Analiza Eu-lui vorbeşte de o predispoziţie aparte pentru masochism (s-) şi de o predispoziţie pentru sadism (s+). Atât instinctele morţii, cât şi cele ale vieţii, din teoriile lui Freud, sunt reprezentate la noi numai prin factorul „s”, „s-!!”=instinctul morţii, iar „s+”=instinctele vieţii. Fireşte că este vorba de o mult mai complicată combinaţie de factori decât să se poată spune simplist că instinctul morţii=masochism primar, sau, instinctul vieţii=sadism. Din această cauză, ambele variante sunt pasibile de următoarele combinări polifactoriale:

Sindromul masochismului primar (instinctul morţii)	
s-	îndreptarea sadismului împotriva propriei persoane
d-	… dependenţă incestuoasă
m+	
k-	adaptare sau atac
p+	posedarea Eu-lui de către iubirea incestuoasă
k- sau p0	… refularea iubirii incestuoase

Sindromul masochismului secundar (deci născut din introiecţia sau desexualizarea Obiectului incestuos)	
s-	îndreptarea sadismului împotriva propriei persoane
d-/0	
m±/0	… legătura incestuoasă devine incertă
k+	
p-	… cu proiecţie (autoacuzatoare)

Sindromul sadismului	
s+!	
k-!	devalorizare şi distrugere sau incapacitate de a lua în Obiectul în posesie
d+	analitate (sadism anal dar cu sindromul plăcerii din perversiune)
p+	necesitatea imperioasă de împlinire,, necesitate de atotputernicie
m-	oralitate, cramponare

În funcţie de modalitatea tulburării Eu-lui, Analiza Destinului împarte perversiunile în două mari grupe:

A. Perversiuni introiective:
   1. fetişismul: k+!;
   2. masochismul: s-!;

B. Perversiuni distructive (devalorizante):
   1. sadismul: k-! (s+!)
   2. exhibiţionismul: s+!.

Această împărţire am avut ocazia să o valorificăm şi în practică, pentru că fetişiştii sunt de multe ori masochişti, iar sadicii şi criminalii pasionali sunt în anumite faze ale evoluţiei lor exhibiţionişti.

Fetişismul (un caz): 20 de ani, leptosom. Adus de tată la psihiatru (spune tatăl). Ar fi fost întotdeauna leneş, niciodată nu îşi dă examenele la timp la universitate, este mereu zăpăcit, joacă toată ziua Brige, nu se spală, este dezordonat, abulic, egoist ca un copil, tatăl este sigur că băiatul nu este normal sexual. La o discuţie mai amănunţită se dovedeşte a fi un fetişist al mâinii pentru că se excita sexual la atingerea unei mâini umede şi rău mirositoare. La aceste fantezii onaniza. Nu-l interesează nimic altceva sexual. La vârsta de 9 ani, o bucătăreasă la care ţinea mult, şi care l-a şi crescut, l-a lovit din 7greşeală cu un ştergar umed de bucătărie. Această întâmplare l-a impresionat sexual atât de mult, încât a avut orgasm, şi începând de atunci nu mai onaniza decât luând în mână un ştergar umed şi rău mirositor. Mai târziu a fantazat şi asupra mâinii şi antebraţului acelei bucătărese şi îşi imagina tot timpul masturbării că mâna bucătăresei este transpirată şi rău mirositoare. Pe aceste teme aveau loc masturbări excesive. În timpul pubertăţii, mâna bucătăresei a fost înlocuită în fantezii, cu mâna unui prieten. Pentru a putea mirosi mâna prietenilor din clasă, provoca mereu bătăi, boxuri, întreceri sportive. De multe ori era îndrăgostit de partenerii lui de sport, dar niciodată nu îl excita toată persoana unui prieten, ci numai mâna transpirată şi rău mirositoare. Dar, orgasm avea şi la ideea bătăii, dacă vedea pe cineva că este bătut, sau numai dacă îşi imagina că cineva este bătut până transpiră, aşa cum una din bonele care l-au crescut, i-au spus odată că un copil poate fi bătut. Excitat sexual până la erecţie şi ejaculare era şi la mirosirea unei mănuşi purtate, sau a unor indispensabili. Totuşi, mâna umedă şi murdară este pe primul plan al excitaţiei sexuale. Femeile nu îl interesează de loc şi nici la acte homosexuale nu a ajuns niciodată, cu toate că dansează cu mare plăcere cu bărbaţii, pentru că în asemenea ocazii poate ajunge foarte uşor la mâna lor umedă şi transpirată. De multe ori se gândeşte ce bine ar fi să-l vindece cineva prin hipnoză, să scape odată de coşmarul mâinilor umede şi rău mirositoare. Îi place să facă pe bucătarul, şi mai ales să pregătească torturi. Joacă totdeauna cărţi cu mare plăcere, (să nu uităm că în studiul despre Dostoievski, Freud spunea că jocurile de noroc nu sunt altceva decât masochism camuflat). Ar dori să se facă actor. Tatăl la bătut mult în copilărie, mama este o anancastă pedantă, maniacă a curăţeniei şi a ordinii, predică mereu morala strictă, bolnavul o urăşte. Relaţia dintre părinţi pare a fi bună. Mai are un frate cu 4 ani mai mare, harnic, silitor, are relaţii bune cu femeile. Relaţiile dintre fraţi sunt rele. De la începutul anomaliei sale, deci de la9 ani, bolnavul are şi crize de astm.

Cazul este un exemplu clasic pentru introiecţia totală, pentru că totdeauna a dat Sch+/0 sau Sch+!/0. Acestui caz i-au putut fi făcute 6 profile de teste. Iată rezultatele:

	S		P		Sch		C	
	h	s	e	h	k	p	d	m

Formula instinctivă ar fi următoarea	
Factori simptomatici	hy0, p±; d±
Factori submanifeşti	0
Radicali	h-; s+; k-; m-

				y				
I	-	+!!!	-	0	-	-	-	-
II	-	+!!!	-	0	-	±	±	-
III	-	+!	+	0	-!	±	+	-
IV	-	+!	0	0	-	±	±	-
V	-!	+!!!	-	0	-	±	±	-
VI	-!	+!!	0	0	-	±	±	-

Cazul este o demonstrație strălucită pentru felul în care se produce la fetişişti, fixarea la Obiectul fetiş şi cum acesta este introiectat, dar cazul mai arată şi strânsa legătură dintre fetişism şi masochism. Dar cazul mai arată că Obiectele care ar putea deveni arme pentru gâtuirea Obiectului (libidinal) sau călcarea lui în picioare (pantoful), devin fetişuri care provoacă orgasme, pentru că Obiectul iubit este în acelaşi timp şi urât. Iubirea şi ura, tandreţea şi agresivitatea, sunt introiectate ca şi contrarii, pentru ca să apară ca simptome de fetişism şi masochism. Bipolaritatea iubire-ură, iubire-crimă, masochism-sadism, ca Obiecte ale introiecției nu lipsesc niciodată în etiopatogenia fetişismului şi masochismului.

Homosexualitatea

Numită în cele mai diverse forme şi termeni, astfel, unii îi spun: „inversiune sexuală", alții „sexualitate contrară). Termenul de „homosexualitate" este lansat de Benkert, Westphal care îi spuneau „urinismus" (sau urning, uranier). Termenul este luat din Simphosyonul lui Platon unde se spune: „care sunt posedați de Erosul zeiței Urania se simt atraşi exclusiv de bărbați".

Cuvântul homosexual apare prima dată în broşura care a fost tipărită anonim (care era scrisă de medicul maghiar Benkert) în 1869, sub titlul de „Homosexualitate" şi semna cu pseudonimul „Kertbeny". Benkert defineşte astfel homosexualitatea: în capriciul ei suveran, natura i-a mai dat omului, pe lângă sexualitatea normală şi instinctul homosexual. Aceşti oameni sunt incapabili, în ciuda celor mai bune intenții, să simtă atracție pentru sexul opus. Instinctul homosexual determină o eruoare directă față de orice atracție față de sexul opus. Pentru Benkert, criteriile homosexualității sunt: ereditatea, fixarea față de acelaşi sex, horror față de sexul opus. Homosexualitatea poate surveni atât la bărbați, cât şi la femei.

Exact în acelaşi an, Carl Westphall defineşte „kontrare Sexualempfinging", definiție în care apare pentru prima oară ideea că homosexualul ar dori să fie (fizic şi psihic) exact ca sexul opus, că el se depărtează de trăsăturile sexului din care face parte, deci, femeia ar dori să fie bărbat şi invers. Mai târziu Freud numeşte această tendință spre contrar inversiunea scopului sexual.

Magnus Hirschfeld deosebeşte între:

1. Homosexualitatea autentică, totală, în care Obiectul sexual este exclusiv sexul propriu;
2. Homosexualitatea pseudoheterosexuală;
3. Heterosexuali pseudohomosexuali;
4. bisexualii;
5. Homosexualitatea tardivă câştigată, care apare după ce homosexualitatea nu se mai manifestă la vârstă înaintată, dar această formă se împarte în realitate între bisexualitate şi pseudohomosexualitate. După Magnus Hirschfeld, triada simptomatică a homosexualității ar fi:
   (1) Absența afinității sexualității normale, deci a afinității pentru sexul opus;
   (2) Acest impuls trebuie să devină conştient, să intre în acțiune iubirea fizică şi psihică pentru persoane de acelaşi sex;
   (3) Constituie intersexuala conjugată cu iritabilitate isteroneur-astenică.

Pe lângă aceste simptome cardinale, homosexualitatea mai are simptome secundare: impotență sau ejaculare precoce față de sexul opus, postcoitum dezgust, scârbă şi repulsie; incapacitate de a atinge cu mâna organele genitale ale sexului opus; incapacitatea de a săruta sexul opus; în cazul unui coit heterosexual, excitație sexuală enormă imediat după coit, pentru că coitul cu sexul opus trezeşte şi mai tare pofta după acelaşi sex; insomnie, depresie, misoginie (la bărbați), androfobie (la femei); sentimentul înstrăinării față de acelaşi sex, dar sentiment de camaraderie față de sexul opus (în tinerețe); la băieți, fixare exagerată față de mamă, iar la fetele homosexuale, față de tată; episoade heterosexuale în adolescență, în locul homosexualității fiziologice în tinerețe; gelozie pentru concurența pentru acelaşi sex; visele sunt determinate de excitări homosexuale, sau, vise anxioase în care tema cea mai frecventă este logodna cu o persoană heterosexuală; pudoare invertită (față de acelaşi sex); etc.

Problema rolului activ şi pasiv în homosexualitate nu este elucidată unitar. Erau popoare care detestau şi pedepseau numai partenerul pasiv. După Ferenczi, Adevărații homosexuali efeminați, ar fi numai pasivii; activii sunt sadici anali.

Formele homosexualității sunt următoarele:

1. Masturbarea manuală mutuală (digitație) (40%);
2. Contact oral (penilingus) (40%);
3. Contact femural (12%);
4. Contact anal (pedicație) (8%).

Este o raritate medico-legală ca anilingție şi cunnilingție să fie pedepsite, pe de altă parte, pedicație şi penilingție, sunt în mod frecvent pedepsite.

Pentru Hirschfeld, homosexualitatea este ereditară, pentru că există o anumită constituție a persoanei, o intersexualitate înnăscută la care proporția genică F:m este egală cu toate că sunt autori care neagă relația dintre homosexualitate şi interhomosexualitate. La 35% din cazuri (Romer, Lang, Piltz) ereditatea se poate demonstra prin faptul că ea apare familial, pentru că sunt foarte frecvente cazurile de frați homosexuali, gemeni, surori, părinții şi bunicii homosexualilor, sunt în 6% rude apropiate (la populația normală 0,5-2%), ceea ce este o dovadă pentru recesivitatea eredității homosexuale. Dar mai există şi alte cuplări patologice în cazul homosexualității, astfel, în familiile homosexualilor este foarte frecvent suicidul (22,6%) din care 16,7" tocmai din cauza homosexualității, 13,9% din cauza iubirii homosexuale nefericite, 11,1% depresii, 8,3% în derium tremens, 16,7% motive financiare, 33,5% motive necunoscute. Dar mai există combinații ereditare între homosexualitate şi migrenă, homosexualitate şi paranoia (Freud). Dar, ca şi cifra constantă a homosexualității, într-o populație dată (3%) este dovadă pentru originea ereditară a homosexualității. Steinach este de părere că între structura microscopică a testicului normal şi a celui homosexual, sunt diferențe esențiale. El ar fi obținut inversiuni sexuale la animale prin implantul de celule puberale active. Dar se ştie cât de problematice sunt rezultatele tuturor experiențelor lui Steinach.

Pentru Freud, homosexualitatea decurge dintr-o identificare inversă. El a subliniat că recunoaşterea factorilor organici în geneza homosexualității, nu ne dispensează să cercetăm etiopatogeneza factorilor psihici din constelația homosexualității. După Freud, fazele care duc la homosexualitate sunt:

- fixare față de mamă;
- identificare cu mama;
- căutarea de Obiecte de acelaşi sex care să-i semene mamei, pentru a le putea iubi ca pe ea, aşa cum mama l-a iubit pe el la vârsta respectivă.

Din această cauză, partenerul homosexual căutat, trebuie să aibă exact vârsta pe care el, bolnavul, a avut-o atunci când a avut loc metamorfozarea psihică.

Alte motive pe care Freud le incriminează în etiopatogeneza homosexualității sunt:

- alegerea unui Obiect narcisic;
- supra aprecierea organelor sexuale masculine şi incapacitatea de a accepta coitul cu ele;
- deprecierea femeii care este în strânsă legătură cu complexul de castrare;

- refuzul de a concura cu tatăl.

Deci, pentru Freud, homosexualitatea ar însemna:

- fixare față de mamă;
- narcisism şi anxietate de castrare;
- fixare prin seducere precoce;
- factori organici ce favorizează rolul de pasivi;
- gelozia față de frate. În aceste cazuri se deosebesc următoarele trepte: fixare față de mamă, gelozia față de rival (frate sau tată), ura şi dorința de moarte față de rival, transformarea urii în iubire.

Deci exact piesa complementară a ceea ce se găseşte în paranoia persecutorie. Tandrețea homosexualului, precum şi identificarea sa socială, iau naştere, după Freud, ca formațiuni reactive (reacții cu contrast) față de impulsurile agresive refulate. Aceasta vrea să însemne că homosexualitatea este un surogat pentru necesitatea primordială şi originară de a-ți ucide rivalul, dar mai mult: pentru psihanaliză, orice sentiment social nu este altceva decât sublimarea unei atitudini homosexuale față de Obiectul libidinal. La homosexuali această sublimare şi detaşare de Obiectul libidinal nu este reuşită sau este doar parțial reuşită.

Rezolvarea antinomiei dintre instincte se face în cazul homosexualității în direcția „femininului", în care primul plan al psihicului este ocupat de trăsături feminine.

	S		**P**		**Sch**		**C**	
	h	s	e	hy	k	p	d	m
Fațadă	+ (±)	- (-)	+ (±)	- (-)	0	±	+	+
În culise	- (0)	+ (+)	- (0)	+ (+)	±	0	-	-

Adică:

▪ Femininul pe primul plan; ▪ Blând ca mielul lui Dumnezeu; ▪ Eu cu ideal feminin, deci, omul vrea să fie exact ca o femeie; ▪ Bărbatul Cain din culise şi Eu-l din culisă proiectează. ▪ Prin formarea idealului feminin şi prin dorința de a fi o femeie, bărbatul poate intreprinde căutarea altui bărbat pentru că Obiectul libidinal a fost proiectat în lumea exterioară.	S+/- S±/- P+/- p+ S+/- P+/- S-/+ P-/+ Sch±/0 p- p+ S+/- d+ m+ p- S-/+

(Fațada înseamnă rezultatele de la examinarea obişnuită prin test, culisa înseamnă rezultatele reexaminării complementare). Am avut deja ocazia să subliniem care este deosebirea în Analiza Destinului, între paranoia şi homosexualitate. Deosebirea rezidă în idealul feminin „p+" la homosexuali şi imposibilitatea formării acestui ideal în paranoia. Din această cauză, paranoicul este obligat să proiecteze întâi exigențele masculine, apoi şi cele feminine (proiecție totală). Deosebirea esențială între homosexualitate şi paranoia constă în modalitatea de apărare a Eu-lui. Paranoicul proiectează ambele componente, homosexualul numai bărbatul. Dar, în general, în toată structura sa instinctivă, nu numai sexuală, homosexualul păstrează numai jumătatea feminină. Astfel că

homosexualitatea masculină este o modalitate aparte de a rezolva antinomia dintre instincte la nivelul întregii persoane.

În sexualitate să rămână numai femei, afectivitatea să fie delicată. Eu-l să fie numai o femeie feminină în relație cu lumea el este încă foarte aproape de legătura incestuoasă cu mama	S+/- S±/-; P+/- P±/- P0/- Sch0/± C+/+ dar care este numai primul pas spre C-/+
De vreme ce prin formarea Eu-lui ideal el devine însuşi un fel de mamă, îşi caută un Obiect pentru iubire, un tânăr, aşa cum este el, sau a fost, pe care îl iubeşte la rândul său, aşa cum mama sa l-a iubit odinioară pe el (Freud).	Sch0/± S+/- d+ C+/+
Bărbatul homosexual ar dori să se arate ca femeie, dar destinul său tragic îl obligă să îşi ascundă această trăsătură. Dar, de cele mai multe ori aparține unei clase de „Phy- „ triegal.	Phy- cu S+/- hy- Phy- cu Ss- Cd+ sau Cm+ sau Sh±
În cazuri rare, homosexualul bărbat este şi un „Schp+”; în aceste cazuri trebuie să fim atenți pentru că avem de-a face cu un activ (Ss+) care şi un delir de grandoare.	Schp+ Ss- sau Ss+ Sh+ bi- sau triegal
Inversiunea scopului sexual. Masochism sau dăruire feminină. Impuls feminin spre tandrețe. Mereu reînnoita şi nereuşita tendință de a căuta Obiectul libidinal, tendință spre depresie. Scindarea Eu-lui de tip feminin. Anxietate de relație senzitivă	S+/- S+/-! d+! d+! Sch0/± P0/-
Modalitățile centrului la homosexuali	s+ hy- k0 p± s0 hy- k0 p±
Factorii homosexuali la bărbați	s hy k p 0 - - ± 0 - 0 ±(+) 0 0 0 + s hy p d m - - ± (+) + (±0) +(± 0)
Acest conglomerat de factori este mai mult sau mai puțin identic cu sindromul plăcerii din psihopatie.	P+/± (+); d+ (±, 0); m+ (±, 0)
Factorii caracteristici pentru homosexualitatea masculină pasivă sunt: ▪ Masochismul; ▪ Oprimarea oricărei pretenții; ▪ Afişarea feminității; ▪ Eu-l feminin; ▪ Legătură biobiectuală	 s- hy- hy+ Sch0/± C+/+
Modalități diverse de apărare ale Eu-lui: ▪ Proiecție parțială; ▪ Cu inflație parțială a exigențelor feminine ▪ Înstrăinare ▪ Proiecție totală	 p- p+ (S+/-) Sch-/± Sch0/-
Modalitățile relației de contact: ▪ Legătură bi-Obiectuală; ▪ Legătură dezintegrată (regresie infantilă în legătură) ▪ Căutare unimodală (unitendență);	 C+/+ C0/0 C+/0

▪ Toxicomanul, alcoolicul, criminalul au o tulburare de contact de tip hipomaniacal nestatornic; ▪ Legătură incestuoasă persistentă;	C0/- C-/+
Reacţii sexuale deosebite: ▪ Inversiunea scopului sexual ▪ Masochism ▪ Absența activității masculine la tritendență; ▪ Ambivalență în masculinitate; ▪ Unitendența tandreței feminine cu încăpățânare infantilă; ▪ Masturbare excesivă;	 S+/- S0/-! S±/- S+/± S+/0 S+!/+!
Reacţii afective deosebite: ▪ Anxietate de relație senzitivă ▪ Dubiu etic ▪ Anxietate scrupuloasă ▪ Predispoziție la lamentație	 P0/- P±/- P+/- P0/±

Din punctul nostru de vedere, bărbatul homosexual activ, agresiv anal, nu îl includem la homosexuali, ci la perverşii sadici-anali. Mai caracteristic pentru bărbatul homosexual este inversiunea scopului instinctiv (S+/-) şi formarea unui Eu ideal feminin (Sch0/± sau Sch0/+), deci, dorința de a fi femeie. Aceste principii lipsesc la bărbatul homosexual sadic-anal, care numai rar şi în mod excepţional vrea să fie femeie şi în a cărui perversiune joacă un rol important agresiunea anală şi sadismul sau masochismul anal. Aceşti bărbaţi sunt şi heterosexuali pentru că pot avea contact sexual cu femei per anus. Din cele de mai sus, se vede că suntem deacord cu opinia lui Ferenczi, conform căreia homosexualul autentic este numai bărbatul pasiv invertit.

Homosexualitatea feminină, În test ea nu este vizibilă atât de categoric ca şi cea masculină. Probabil că acest lucru este în directa legătură cu constituția genică a femeii (FFMM sau FFMm). Dar în test se vede limpede că opinia curentă conform căreia femeia est mai lesne înclinată spre bisexualitate decât bărbatul este adevărată. Aşa-numita homosexualitate a pubertății este mai pregnantă la fete decât la băieți. Chiar şi dorința parțială a travestiului este mai intensă la fete decât la băieți (pantaloni, călărit, fumat). Dorința femeii de a juca în actul sexual rolul de incubus este o tendință aproape universal răspândită. Dar şi factorii rasiali pot orienta sexualitatea femeii spre polul masculin. Acest lucru se vede în test mai ales în modificările patologiei Eu-lui, mai ales femeile homosexuale dau tabloul Sch0/0. Acest Sch0/0 este cel mai bun indiciu că în Eu-l femeii lesbiene se produc modificări de Eu care permit virarea spre masculinitate. De aceea, credem că pentru Eu-l femeii lesbiene, acest Sch0/0 este patognomonic mai ales ca în evoluția cazului.

Există şi trecerea graduală de la Eu-l feminin (Sch0/+ sau Sch0/±) la Eu-l masculin (Sch±/0 sau Sch+/0).

Iată cum oscilează la mai multe examinări Eu-l unei femei lesbiene de 34 de ani (activă şi masculină).

I. Sch+/0	masculin, luare în posesie
II. Sch0/+	feminin ambitendent
III. Sch+/0	masculin
X. Sch0/+	din nou femeie pe primul plan

La o pedagogă de 25 de ani, evident bisexuală, în decursul a 10 examinări au intervenit toate cele 3 variante posibile: feminin, masculin, şi faza de virare:

III. Sch0/+	Eu-l feminin

VI. Sch±/0	Eu-l masculin
II. Sch0/0	faza de virare critică a Eu-lui

Desigur, este nevoie de mult noroc şi coincidență să poți surprinde pe viu, într-o serie de 10 examinări, aceste 3 forme succesive. La femei, noi vorbim de homosexualitate autentică, numai atunci când există o inversiune a scopului sexual, unipolară (S-/+ sau S0/+) şi cu o preponderență a Eu-lui de tip masculin (Sch±/0 sau Sch+/0). În schimb, femeile care nu au tendința şi dorința de a fi bărbați, dar au relații de tip lesbian, sunt mult mai pervers masochiste decât invertite.

Exact ca şi la bărbați, vom vorbi şi la femei despre:

1. Homosexualitate autentică cu inversiunea instinctivă a scopului instinctiv sexual şi Eu masculin.
2. O homosexualitate neautentică, pseudohomosexualitate cu perversiuni sado-masochiste.

Sindromatica testologică a femeii lesbiene dă următoarele rezultate:

Rezolvarea antinomiei instinctive se face în direcția unei diagonale masculine sau a unei diviziuni verticale, aşadar:

- inversiune masculină a scopului sexual: S-/+ (S0 sau +/±);
- Reacție de tip Cain: P-/+ (P±/+, P0/+);
- Eu-l masculin: Sch±/0 (Sch+/0), Sch±/+.

	S	P	Sch	C
Rezultatul este ca în cazurile clasice, femeia homosexuală trebuie să dea:	- +	- +	± 0	+ +
Deci contrariul (în S, P şi Sch)	(-!) + -	+ -	0 ±	+ +
Numai în ce priveşte contactul social homosexual masculin şi feminin dau acelaşi rezultat	C+/+			
Pericole instinctive la femeia lesbiană sunt:				
▪ impulsul de a lua în stăpânire (instinct de atotputernicie) orice Obiect, indiferent dacă este masculin sau feminin	Sch+/0 sau Sch+!/0			
▪ instinct de a se evidenția sau ambivalența lui hy+! Sau hy±;				
▪ eterna căutare	d+! sau d+!!			
▪ sadism în culise	fațada s-!!			
▪ sau excesiva refulare a instinctului de atac masculin	culiisa s+!!			
Refularea tandreții feminine	h-!!			
Sau ambivalența ei	h±			
Supratensiunea instinctivă la factori	s-!; d+!; k+!; h+!			

Combinația factorială cea mai tipică:

s	**h**	**k**	**p**	**d**	**m**
+, sau -!!	+ (±, sau -)	+ (±)	0 (+, ±)	+ (±, 0, 0)	+ (±, 0)

În această combinație, principiul plăcerii este din nou prezent.	p0 (±, +) d+ (±, 0) m+ (±, 0)
Pentru diagnosticul diferențial ne vom servi de:	
Eu-l masculin;	Sch±/0 Sch+/0 Sch±/+
Inversiunea scopului sexual;	S-/+ S0/+ S±/+
Schimbarea (variația Eu-lui;	Sch=+/0,±/0 Sch=0/0 Sch=0/+, 0/±
Mecanisme deosebite de apărare a Eu-lui:	
▪ introiecție totală;	Sch+/0
▪ mecanism obsesiv;	Sch=±/0
▪ dezintegrare;	Sch=0/0
▪ inhibiție şi refulare;	Sch=-/+, -/0
Diverse modalități ale contactului social:	C+/+

▪ legături biobiectuale ▪ căutare unitendință; ▪ infidelitate; ▪ ambitendința contactului Reacții sexuale deosebite: ▪ Inversiunea scopului instinctiv; ▪ Refularea sadismului;	C+!/0 C+!- C+/± C±/+ S-/+ S-/± S-/-!! S+/-!! S0/-!!
Ambivalența feminității Izolarea masculinității	S±/+ S±/- S±/0 S-/0
Reacții afective: ▪ Dorință de afirmare, evidențiere; ▪ Ambivalența evidențierii cu lamentare; ▪ Cainul camuflat; ▪ Cain manifest; ▪ Anxietate gen panică;	 P0/± P0/± P-/± P-/+ P-/-

Rezumând, trebuie să spunem următoarele despre homosexualitate:

1. Homosexualitatea se bazează pe o modalitate specială de scindare a antinomiei instinctive, care l-a bărbat merge spre diagonala feminină, iar la femeie, spre cea masculină.

2. Această scindare este la bărbat similară cu cea de la paranoia, cu excepția că bărbatul homosexual îşi clădeşte structura persoanei feminine ca Eu ideal, ceea ce paranoicul nu face şi nu este capabil să facă.

3. Modalitatea sciziunii la femeia lesbiană este similară cu cea de la sadicul Oedipal pervers, cu deosebirea că ea introiectează necesitățile libidinale, ceea ce perversul sadic nu poate face.

4. Homosexualitatea este autentică numai atunci când bărbatul doreşte, atât în actul sexual, cât şi în Eu, să devină o femeie, şi invers. Toți homosexualii la care lipseşte, fie inversiunea scopului instinctiv, fie inversiunea Eu-lui, nu sunt decât pseudohomosexuali, adică perverşi simpli. Simpla luare de contact sexual cu o persoană de acelaşi sex nu ajunge deci pentru a putea spune exact că avem de-a face cu un homosexual.

5. De vreme ce am spus că problema Eu-lui şi a identificării acesteia joacă un rol important, în homosexualitate trebuie să admitem în etiopatogeneza homosexualității, pe lângă factorii ereditari, şi factorii de mediu, ca fiind deosebit de importanți. Acesta este motivul pentru care noi suntem mai optimişti decât alții în ceea ce priveşte psihoterapia homosexualității, pentru că prin noi identificări Eu-l poate depăşi identificarea originară. Fireşte că aici joacă un mare rol dorința de vindecare, respectiv de modificare a Eu-lui.

Psihopatiile de „contact”

Psihologia toxicomanului şi a psihopatului nestatornic

Din punct de vedere a psihologiei instinctelor, toxicomania este o proteză permanentă pentru mama necredincioasă, pentru uniunea dual pierdută. Toxicul, indiferent ce este: alcool, otravă, obiect de valoare, obiect sexual sau orice altceva ce poate fi savurat cu ardoare, colecționar entuziast, indiferent că este putere sau glorie, răzbunare sau justiție. Toate acestea sunt un surogat tragic, un truc contrafăcut care să înlocuiască partenerul pierdut, mama. Toxicomanul este un om care nu poate concepe o discontinuitate în timp sau în spațiu între el şi partenerul lui, respectiv, surogatul lui. Legătura între toxicoman şi Obiectul tip surogat nu poate fi întreruptă niciodată, pentru că toxicomanul nu suportă această desfacere frustrativă de mamă. Semnificația esențială a oricărei toxicomanii este legătura neântreruptă, fără pauză, cu Obiectul surogat. În fiecare toxicoman este un caracter obsesiv şi aceasta se numeşte „a nu şti să te opreşti”, legătura cu Obiectul surogat este mereu şi mereu reluată pentru că orice pauză, oricât de mică, determină un chin inimaginabil. De aceea considerăm normal să spunem că toxicomanii sunt suferinzi de o tulburare psihopatică a „instinctelor de contact”. Boala lor este în maniera contactului, în legătură

dual cu mama. În limbajul curent, contact înseamnă legătură, atingere, închiderea unui curent în circuit. În psihologia destinului, „instinctul de contact” cuprinde cele 4 funcții elementare care determină ființa vie să ajungă în atingere cu obiectele lumii înconjurătoare (persoane şi lucruri). Acest instinct al contactului constrânge persoana să se lege de obiecte ale lumii înconjurătoare, să se fixeze de ele (Szondi spune „cramponeze”), să tindă ca el, ca individ, să fie luat sau înglobat de aceste obiecte, să măsoare toate obiectele acestei lumi cu o unitate de măsură axiologică, iar cu această unitate de măsură să pornească în căutare de noi şi noi obiecte, să le colecționeze, să se lipească de ele, sau, dimpotrivă, să fugă de ele. Instinctul de contact determină legătura cu lumea obiectelor. Iată care sunt cele 4 tendințe ale instinctelor de contact:

1. Tendința de *cramponare*, dorința *de a fi luat drept partener* dual: **m+**
2. Tendința de *despărțire*, dorința de *a te elibera de o legătură*: **m-**
3. Tendința de *perseverare*, stagnare *la legătura veche*: **d-**
4. *Căutarea unui obiect nou*, dorința de a se transforma, tendința de metamorfozare: **d+**.

Contactul perceput ca legătură cu lumea creează o situație în care sunt angajate întotdeauna două sau mai multe persoane. Deci, „eu caut să mă fixez de cineva”, acest cineva fiind Obiectul. Cele 4 instincte amintite condiționează relația dintre Eu şi Tu. Destinul unui om este compus dintr-o serie de faceri şi desfaceri a unor asemenea legături între Eu şi Tu. Din succesiunea acestor secvențe se compune filmul fiecărei existențe. Din această corelație se vede permanentul joc de umbre şi lumini între Eu şi lume. Relația dintre om şi lume se defineşte în succesiunea continuă a relațiilor dintre Eu şi Tu.

Acest Tu este de cele mai multe ori o persoană, dar el poate fi şi un obiect, o valoare spirituală religioasă, economică, ştiințifică, artistică, sau, în definitiv, orice fel de idee. Dar să nu uităm, începutul acestui proces este întotdeauna un Tu, persoana care începe procesul, care duce apoi la identificarea Eu-lui, cu om, idee sau cine ştie ce alt obiect din lumea exterioară. La începutul oricărei legături cu un Obiect exterior, stă legătura cu un Tu, persoana care precede economicul, artistul, literatul, ştiințificul, politicul, etc., fără acest prestadiu Tu, între persoane nu ar exista fără nici o relație comunitară, în relația de contact, despre care vorbim acum, între relația dintre Eu şi toată lumea ideală sau reală. Întrebările care se pun sunt următoarele:

- Care este forța instinctivă care leagă Eu-l de alt Eu?
- Care este forța din Tu care mă atrage pe mine şi mă ține lângă tine?
- De ce mă atrage acest Tu şi nu altul?
- Care este secretul faptului că după ani şi ani de fixare într-o anumită legătură, Eu-l se desface brusc şi caută altă legătură?
- De ce în această căutare, se caută exact un anumit Obiect şi nu altul?

După opinia lui Freud, fiecare instinct îşi caută acel Obiect care este în măsură să-i satisfacă necesitățile. După părerea sa, noțiunea de instinct presupune deja existența unui Obiect corespunzător. Instinctul nu poate fi reprezentat fără Obiect. Obiectul este unul din termenii obligatorii ai instinctului. Constatările lui Freud sunt adevărate, dar trebuie să ne întrebăm dacă ideea legăturii, atât de clare între instinct şi Obiect presupune şi ideea secundară că căutarea unui Obiect şi legătura cu el, coincide întotdeauna cu o exigență instinctivă specifică? Avem două răspunsuri:

1. Oricărui instinct, în afară de satisfacerea sa specifică, îi stau la dispoziție căutarea şi legătura nespecifică. Este punctul de vedere al psihanaliştilor.
2. Organismul este dotat cu anumite forțe instinctive – globale, nespecifice -, care au doar funcția specifică de a căuta Obiecte, pentru a asigura legătura individului cu anumite Obiecte, pentru ca necesitatea instinctivă să se satisfacă prin legătura cu aceste Obiecte. Acesta este punctul de vedere al psihologiei destinului.

Psihologia destinului susține că există anumite necesități instinctive care sunt generate de izvoare originare specifice. O asemenea necesitate este cea sexuală care este la originea factorilor „h” şi „s”. În afara acestei forțe sexuale mai există energii afective care stau la baza descărcărilor

factorilor „e” şi „hy”. Mai există apoi şi energii instinctive specifice Eu-lui. Forţele egodiastolice care creează Eu-l şi îl dilată, apoi forţele egosistolice care delimitează graniţele Eu-lui, care asigură atitudinea lui faţă de necesitatea instinctivă în genere (egodiastola=factorul „p” şi egosistola=factorul „k”).

Dar, factorii instinctivi care sunt prezenţi în vectorii „S, P şi Sch” determină şi definesc numai formal energia instinctivă şi formele ei specifice de manifestare. Cei 3 vectori amintiţi nu ne spun nimic despre felul în care este căutat Obiectul, despre felul în care se satisfac necesităţile instinctive, despre felul în care se întâmplă legătura cu Obiectul, despre felul cum se întâmplă stagnarea la unul sau mai multe Obiecte.

Despre toate acestea ne spune ceva vectorul „C”, compus din factorii „d” şi „m”. Factorul „d” îi corespunde unei necesităţi care caută Obiectele în lumea exterioară. Factorul „m” este cel care determină cramponarea de acest Obiect, dorinţa de a fi înglobat de Obiect, asigurarea unei cât mai lungi legături cu Obiectul, pentru că fiecare Obiect câştigat serveşte la satisfacerea unei necesităţi instinctive. Căutarea de Obiect (d) şi cramponarea de Obiect (m) sunt necesităţi originare independente ale oricărei fiinţe vii, deci ale oricărui contact al acestei fiinţe cu lumea. Studiile noastre asupra vectorului „C” le-am efectuat pe psihoza maniaco-depresivă. Numai ulterior am căutat teoria lui Herrmann despre anomalia dual a instinctelor, „a pleca în căutare” şi „a se crampona”. Noi credem că această antinomie este o necesitate elementară pentru ca peste tot să se poată vorbi despre satisfacerea unei nevoi instinctive. Dacă nu ar exista această căutare şi cramponare, atunci orice exigenţă instinctivă ar fi inutilă, fără obiect, şi deci, ar rămâne nesatisfăcută. Pentru a putea vedea limpede care este relaţia dintre „instinctele de contact” şi toxicomanie, mai este nevoie să clarificăm întrebarea: Care este relaţia existentă între factorii instinctivi ai legăturii cu Obiectul („d” şi „m”) cu ceilalţi factori instinctivi, şi, necesităţile instinctive care decurg din „h, s, e şi hy”, se pot satisface numai prin colaborarea lui „d” şi „m”. Cu alte cuvinte există combinaţiile: h/d/m, s/d/m, e/d/m şi hy/d/m care în condiţiile unei psihologii normale înseamnă tandreţe feminină normală, agresivitate masculină obişnuită, criză fiziologică de furie şi dorinţa de evidenţiere aşa-zisă în limitele normei. Necesităţile instinctive amintite nu se pot satisface decât cu antepoziţia sau declanşarea concomitentă a instinctelor „d” şi „m”. Legăturile aceştia par destul de fireşti. Mai greu de înţeles sunt relaţiile dintre factorii grupului Sch şi C. Dar, este clar că în orice proiecţie sau introiecţie relaţia cu „C” este prezentă. După cum se ştie, proiecţia este una din funcţiile cele mai importante ale funcţiei Eu-lui ale lui „p”. Prin proiecţie înţelegem acel fenomen prin mijlocirea căruia o anumită exigenţă instinctivă (de exemplu dorinţa spre atotputernicie) este înstrăinată de subiect (deci de Eu) şi atribuită unui Obiect exterior Eu-lui.

În cazul exemplului nostru, persoana afirmă că respectivul Obiect exterior este „atotputernic”. Dar, în prealabil, proiecţia presupune căutarea şi găsirea unui Obiect exterior, pe care apoi porţiunea negată a propriului Eu să fie proiectată. Psihologia abisală a demonstrat că întotdeauna este vorba de un Obiect al mediului exterior de care subiectul a fost odinioară foarte mult legat.

Aproximativ acelaşi lucru se poate spune şi despre introiecţie. Introiecţia este una dintre funcţiile egosistolice ale Eu-lui, funcţia „k”. Prin introiecţie, psihanaliza înţelege acel proces mintal prin care Eu-l îşi încorporează propriei sale structuri un Obiect exterior de care a fost odată, timp îndelungat legat şi de care a fost apoi despărţit de propria sa forţă sau de forţele lumii exterioare. Să ne gândim numai la exemplele date de Freud, cele în legătură cu melancolia şi formarea Supraeu-lui. Introiecţia stă la baza normelor morale şi în genere la baza oricărui act de tradiţie. Individul are tendinţa ca, pentru Obiectele pierdute în mod spontan sau părăsite, să ridice un „monument funerar” în propriul Eu: acestea sunt normele morale şi tradiţia. Pe „pereţii acestor cripte”, Eu-l „pictează şi desenează” trăsăturile şi caracteristicile Obiectului pierdut. Acest însemnări îi folosesc în viitor individului ca unităţi de măsură, ca arhetipuri pentru judecarea lumii şi a vieţii, ca unităţi arheologice de măsură. Acesta este procesul formării Obiectului şi a proprietăţii ideale. Pentru ca în funcţie de acest ideal-obiect individul va spune ce doreşte să aibă, ce doreşte să posede în viitor. Este limpede că procesului de introiecţie trebuie să-i premeargă o criză în legătură cu Obiectul. Asemenea crize sunt: înţărcarea, despărţirea de părinţi, doică, profesori, pierderea iubitei sau a unui

prieten, falimentul unei idei sau pierderea unor valori lumeşti. Dacă în prealabil nu ar fi existat o legătură serioasă cu aceste Obiecte, nu ar avea loc criza respectivă. Iar dacă criza nu ar fi,atunci şi introiecția ar fi lipsită de substrat şi sens.

Legătura dintre Eu şi Obiect nu este de loc simplă. Apar 3 momente:

1. Mobilizarea exigențelor instinctive specifice.
2. Activarea impulsului spre căutarea de Obiect şi asigurarea unui Obiect prin cramponarea de el.
3. Alegerea Obiectului specific.

Aceste 3 faze sunt aşa de sudate, încât nu sunt separate decât prin experimentul testului. Analiza Destinului a arătat pentru prima oară, că alături de exigențele instinctive sănătoase, există un defect în căutarea Obiectului şi în modalitatea cramponării de el. Există astfel, modalități patologice ale „contactului" în psihoza maniaco-depresivă, în toxicomanie, în psihopatia nestatornică.

În ultima analiză, relația Eu şi Tu este o tendință spre desăvârşire, spre completare, spre împlinire, spre unitatea dual㠂. Vom numi această unitate, unitate dual㠂 sau unire dual㠂 (Hermann). Prima uniune dual㠂 a omului este cea dintre copil şi mama lui. Din ea ia naştere prima uniune dublă, adică, uniunea dintre mamă şi copil şi uniunea dintre tată şi copil. Aceasta este modalitatea originară a uniunii cu realitatea, pentru că primul Obiect al realității este tatăl. El deranjează uniunea cu mama şi de aceea este urât. Simbolic, avem acest triunghi fatal. Această uniune dual㠂 a copilului cu părinții este în fond trială, pentru că alături de dualitatea dintre copil şi părinți, coexistă unitatea dintre mamă şi tată.

Acest triunghi al destinului formează baza, tiparul oricărei conglomerări (Hermann spune „schema colectivă"), din viața ulterioară: familială, prietenie, societate şi orice altă relație antropologică. După opinia lui Hermann, căutarea Obiectului şi cramponarea de el sunt necesități instinctive, care formează în sine o pereche opusă de instincte, despre a căror origine s-ar putea spune următoarele:

Pentru vârsta primei copilării (sugar), Freud găseşte că este caracteristic narcisismul primar. Pentru Freud, primul Obiect al Eu-lui este propriul corp al sugarului sau zonele erogene ale aceluiaşi corp. De altfel, şi teoria dezvoltării sentimentului realului a fost bazată de Ferenczi, pe acest narcisism primar, el vorbeşte chiar despre o unitate „sugar-sfârc". El porneşte de la ideea că sugarul nu are încă percepție despre o lume exterioară diferențiată, ci ea este încă o parte încorporată lui, deci, că există o unitate indestructibilă (la sugar) între Eu şi nonEu. Deci sfârcul din timpul alăptării nu este perceput ca ceva exterior, ci făcând parte din propria ființă psihică. În clipa în care este înțărcat, el trăieşte această frustrare ca şi o castrare. De altfel, în literatura psihanalitică, castrarea ce decurge din înțărcare este pusă în legătură cu etiopatogeneza în genere, şi, nevrozelor în particular.

În teoria lui Hermann, aceste fapte sunt privite printr-o nouă optică, a cărei elemente de bază sunt, pe de o parte , uniunea dual㠂 dintre mamă şi copil, pe de altă parte instinctul primar al cramponării care generează această unitate. Bazându-se pe date filogenetice, ontogenetice, psihologice şi culturale, Hermann a demonstrat că tendința spre uniunea dual㠂 cu mama, cât şi instinctul de cramponare, îi sunt specific caracteristice oricărui om, sunt instincte primare.

Puiul de maimuță îşi petrece primele luni ale existenței sale extrauterine la pieptul mamei, de care se cramponează cu toate 4 membrele. Cramponarea, spune Hermann, ar fi funcția a două organe duble (mâini, picioare), dintre care o pereche (picioarele) îşi găsesc în primele săptămâni de existență, surogatul de Obiect, corpul mamei, pe care staționează. La popoarele primitive mai persistă şi astăzi tendința de a fixa copilul mic în permanență de corpul mamei prin haine, benzi, bucăți de plante. Chiar şi despărțirea de mamă, nu este o castrare în sens strict, ea formează modelul cel mai clasic pentru psihologia castrării. Poziția de adormire a puiului de maimuță după alăptare, trădează tendința sa spre cramponare, spre apucare. După părerea lui Hermann, copilul uman este rupt prea repede de uniunea dual㠂 cu mama. Necesitatea de cramponare rămâne în picioare şi după despărțirea de mamă, pentru că rămâne ca un fel de nostalgie a reîntoarcerii în stadiul primar. Şi copilul uman doarme într-o poziție care reaminteşte de cramponarea cu mamă. Dar Hermann atrage atenția că există un instinct tot atât de puternic polar celui de cramponare: dorința de eliberare,

despărțire, descătușare. Din acest instinct se poate deduce căutarea patologică după Obiecte mereu noi de care să se poată crampona mereu. Astfel, formularea definitivă a lui Hermann este că există două instincte primare opuse: cramponarea şi căutarea de ceva nou. Din căutarea de ceva nou, se înțelege jocul de-a vați ascunselea, poriomania. Necesitatea de cramponare pare a fi în strânsă legătură cu necesitatea de a chinui (s+) şi dorința de putere (p+). În schimb, căutarea de ceva nou intră în componența masochismului. Pentru Hermann, procesul separării de mamă, ar fi un stadiu preliminar a narcisismului şi masochismului. Dacă separarea se produce cu de-a sila, această stare trece în narcisism sănătos. Autoutilitatea constă din relația existentă între separare şi masochism, cum ar fi întruparea acestei situații prin onicofagie, gratare patologică a pielii, rupere de cicatrici.

Dorința de a trăi într-o uniune dual cu mama este o necesitate general umană. Ea devine patologică numai atunci când această uniune dual este dorită fără întrerupere, fără pauză, mereu. Destinului uman îi este specifică şi recunoaşterea necesității întreruperii uniunii duale cu mama şi a căutării unui partener mereu nou. Hegel avea dreptate când spunea că recunoaşterea necesității se numeşte libertate. Izvorul acestei exigențe după uniunea dual este tendința de întâlnire a factorului Eu (adică „p+") care se dovedeşte a fi extrem de activ şi încărcat la perverşi şi toxicomani. Toxicomanul nu este deci numai un bolnav al contactului, ci şi al Eu-lui. Tot din tendința patologic de mare spre împlinire ia naştere şi exigența calitativă şi cantitativă extremă a perversului şi toxicomanului, să intre în posesie sau să fie înglobat numai de un anumit Obiect, şi nu de altul. Acest vis spre acceptare, mereu nesatisfăcută, determină la toxicomani despărțirea de partenerul dual şi căutarea înnoită mereu.

Modalitatea particulară a exigenței de împlinire (p) şi acceptării (m), pune toxicomanul în situația de a se separa astfel de mamă şi să caute să o înlocuiască în alt fel, cu un surogat, spre deosebire de aşa zisul om normal. Procesul separării, cât şi cel al formării unui surogat, este la toxicoman, tot atât de patologic ca şi existența absurdă pe care o are, să mențină uniunea dual la infinit, neîntrerupt. Pentru a înțelege acest lucru, trebuie să lămurim în prealabil, cum se petrece procesul separării de mamă la omul normal. Separarea nu este doar un proces al instinctelor de contact, cele ale Eu-lui, joacă şi ele, un rol important. Procesul separării se petrece în mai multe faze:

Prima fază: uniunea dual primară, dintre mamă şi copil. Eu-l infanttil îşi proiectează toate exigențele sale asupra mamei care îi satisface toate necesitățile în această fază. Deci, proiecție totală: „Sch0/-„„ copilul nu cunoaşte încă nici o separare între Lume „Eu" şi Lume „Tu", el trăieşte în lumea paradisiacă a „adualismului". În această fază, copilul nu are propriuzis o legătură cu lumea exterioară, deci „C0/0". Mama nu este lumea exterioară, pentru că este sudată complet cu lumea sa aduală.

Faza a doua: pregătirea pentru despărțire. Ori de câte ori mama lasă copilul de la sân, copilul începe să o caute pentru a se crampona din nou de ea: „d+" şi „m+".
Dar, cum el nu primeşte din nou sânul ei, el îl înlocuieşte cu degetul, care este primul surogat libidinal. Repetarea separării de sân, duce la formarea conştiinței (în copil) că este singur, dar, în acelaşi timp, are pentru prima oară, conştiința dorinței, dorința care se manifestă în această primă fază, prin dorința de a se crampona de mamă. În această a doua fază, Analiza Destinului propune următoarea schemă testologică:

Dorința spre uniunea dual persistă încă	Sch0/-
Dar, dorința spre cramponare apare deja, în genere, în spatele	m+/p+
Şi astfel ia naştere treptat: tabloului părăsit	Sch0/±

Faza a treia, faza separării. În al doilea şi al treilea an, procesul separării începe să devină serios. Copilul ajunge să circule liber prin lume. El este lăsat „pe sine", începe să devină „singur".

Ambivalență față de fixarea maternă	**m±**
Totuşi se mai cramponează	**m+**

Dar reuşeşte să se separe	**m-**
Îşi caută obiecte surogat	**d+**
În locul mamei care lipseşte	**C+/±**
Cu cât separarea este mai reuşită	**m-**
Cu atât se caută mai mult Obiecte noi	**d+; C+/-**
În această fază, copilul începe să introiecteze	**k+**
Părăsirea de către mamă	**p±**
Îşi ia răspunderea proprie asupra sa şi referitor la lumea sa	**Sch+/±**
Necesitatea cramponării nu mai apare aşa de des pe primul plan (lipseşte p+) şi copilul trăieşte în lumea sa autistă, ireală, atotputernică	**C+/-**
Posedând toată lumea	**Sch+/-**
Cu acest Weltanschaung atotputernic copilul	
devine şi agresiv şi sadic	**s+!**
dar şi gelos pe tată şi fraţi	**P-/+**
copilul devine un Cain autist:	**S P Sch C**
nedisciplinat, un Oedip care este gata	**0**/+ -/+ +/+ +/-
săşi ucidă rivalul, apoi urmează faza autistă de Cain	+/+ -/+ +/- +/-

Faza a patra: evadarea:

Cainul autist este silit să se acomodeze	**Sch±/-**
Principiilor de educaţie din familie (până la 5-7 ani)	**k-**

Faza a cincea: găsirea obiectului surogat, în care va începe adaptarea:

Sch-/-
C0/+; C+/+
lipseşte **k+**

Dezvoltarea ulterioară a contactului şi a Eu-lui constă în primele introiectări ale imaginilor materne şi paterne, renunţarea la ideea că este atotputernic, deci, adaptarea şi negarea atotputerniciei: **k-/p-**; astfel copilul devine un cetăţean banal fără idealuri: **Sch-/-**; el rămâne totuşi în căutarea unei persoane în familie sau în afara ei: **m+**.

În acest moment se hotărâşte destinul lui viitor, pentru că se deschid pentru el două posibilităţi: ipoteza reuşitei şi ipoteza nereuşitei. În ipoteza reuşitei, se vor forma mai multe uniuni duale noi cu membri ai familiei (părinţi, bunici, unchi, fraţi, mătuşi) sau exterior familiei (prieteni, învăţători).La fiecare din aceste noi legături, esenţialul este că copilul vrea să fie înglobat în universul persoanei respective, vrea să se oprească într-un fel sau altul la ele. Consecinţele acestui proces de a fi înglobat în cineva sunt: copilul se poate lega din nou sau crampona de Obiecte (m+), poate fi din nou singur că „poate fi aşa cum este el în realitate, este procesul de autentificare, prin care capătă siguranţă, şi prin care nu mai este riscul transformării în nestatornic, în „lipsit de ancoră". Ataşamentul la Obiecte şi la permanentizarea acestui ataşament, îi adevereşte copilului ataşamentul său viabil la lume. Numai prin asigurarea acestei prime şi bune fixări în lume, copilul poate avea garanţia că ulterior va putea realiza o nouă uniune dual (iubirea de tip adult).

Pentru ca un om adult să poată iubi, deci să poată accepta o persoană străină aşa cum este ea în realitate, trebuie ca în prealabil, în copilărie, să fi fost şi el acceptat în realitate, de către părinţi.

A doua ipoteză, cea a nereuşitei, a neacceptării copilului de către mediu, este situaţia tipică a psihopaţilor toxicomani. Neacceptat de nici unul dintre părinţi, copilul ajunge repede la disperare. Această disperare, poate lua diverse forme. Fie că copilul se transformă imitând, fie îşi creează o mască, fie că reacţionează prin ciudă, atacând exact personajele care sunt cauza neacceptării sale în uniunea dual şi care nu-l primesc în cercul în care el vrea să pătrundă şi să se cramponeze. Astfel fură, atacă sau chiar ucide persoanele care au fost vinovate (în imaginaţia lui) pentru greşita lui adaptare sau pentru incapacitatea acceptării cramponării. În acest fel, aceşti copii, sau aceşti adulţi,

rămaşi copii (mai târziu), devin criminali şi delincvenţi, pentru ca prin, şi cu banii furaţi, să-şi procure Obiecte surogat, Obiecte care să-l accepte şi care să-i satisfacă setea de cramponare continuă. Dar surogatul nu este numai valoric (bani), nu este numai pur material (se dă exemplul unei fete care se prostituează imediat după moartea mamei sale, cu toate că până la moartea acesteia a fost puritană, pentru că prin prostituţie vrea să răzbune infidelitatea tatălui de care era legată incestuos, infidelitate determinată de faptul că la câteva luni după moartea mamei, tatăl s-a recăsătorit cu guvernanta); (Alt exemplu: un băiat de 14 ani şi jumătate este mereu respins de tatăl său din cauza unei mame moral-insanity de care tatăl s-a despărţit, dar cu care copilul trebuie să locuiască. Copilul îşi ucide mama cu o secure, apoi se prezintă ca un erou în faţa mamei vitrege şi a tatălui strigând: „am omorât putoarea".

Este clar că el viza ca prin acest act criminal să fie acceptat de tatăl său), în acest ultim exemplu,crima este un surogat prin care individul spera să obţină ceea ce pe cale firească i s-a refuzat. Toxicomania este şi ea o modalitate particulară de a rezolva un anumit fel *„de a nu fi fost primit şi acceptat"*. Pe baza analizei unor cazuri de toxicomanii grave, Analiza Destinului, reconstituie următoarele faze într-o toxicomanie:

Prima fază (infantilă):

- supt excesiv şi prelungit; mania suptului;
- masturbare excesivă: mania onaniei, colecţionarism.

Toate aceste simptome se regăsesc cu certitudine la orice toxicoman şi la orice psihopat nestatornic în anamneză. Ele sunt surogate infantile şi regresive pentru uniunea dual pierdută, pentru neacceptarea de către părinţi.

Faza doua (puberală): în această fază, copilul şi tânărul, caută perversiuni şi inversiuni, care au toate rolul de proteze şi de în afara acestei uniuni duale pierdute şi nerefăcute normal.

- Dorinţa de dominare prin forţă: sadism;
- Dorinţa de a suferi: masochism;
- Dorinţa de a se răzbuna, de a exploda în furii;
- Mania furtului: cleptomanie;
- Mania minciunii: mitomanie;
- Excese homosexuale combinate cu cleptomanie;
- Mania vagabondajului: poriomanie.

Faza treia (toxicomania adultului):

- nestatornicie sexuală (nimfomanie, la femei, donjuanism şi satiriazis, la bărbaţi);
- Etilism;
- Narcomanie (morfină, etc.);
- Cartofor;
- Colecţionarism.

Psihologia instinctului în toxicomanie. Rezumatul destinului unui toxicoman:

1. O *predispoziţie* ereditară foarte pronunţată *spre modul de existenţă a uniunii duale*.

2. *Incapacitatea totală de a suporta întreruperi*, fie şi de foarte scurtă durată, a uniunii duale. Cercul uniunii duale trebuie să fie mereu închis. Frică de libertate. Incapacitate de despărţire.

3. Un *impuls teribil de intens spre a fi înglobat de partenerul dual*, spre a fi completat şi împlinit de partenerul dual. Toxicomanul doreşte să fie acceptat aşa cum este, netransformat. El este rigid, atât în ceea ce priveşte caracterul, cât şi în ceea ce priveşte alegerea partenerului. (Toxicomanul autentic schimbă rar toxicul). Este incapabil să se metamorfozeze şi incapabil de surogate normale, deci, de sublimare. Dar, este incapabil să se accepte pe sine aşa cum este.

Szondi spune mereu Sucht (intraductibil, înseamnă, fie boală, fie manie, pasiune bolnăvicioasă), şi se gândeşte că acest termen să cuprindă la un loc alcoolicii, morfinomanii şi cartoforii, cu toate că în literatura germană prin Sucht se înţelege strict toxicomania.

4. *Toxicomanul transferă* asupra acțiunii sale bolnăvicioase, *propria sa incapacitate de a nu putea rupe uniunea dual*ă. De aici, „incapacitatea de a nu putea termina", Obiectul toxicomaniei, este un permanent surogat, o infinită proteză, pentru Obiectul pierdut al uniunii duale.

5. Toxicomanul *se poartă față de Obiectul* maniei sale, *ca față de un fetiş*, este legat definitiv de el, trăieşte cu el într-o uniune dual*ă*, ca odinioară cu mama.

6. *Sentimentul de a nu fi acceptat* îi *revine conştient numai succesiv* toxicomanului. Probabil că toxicomanul introiectează în propriul său Eu persoana care nu a vrut să-l accepte. Această introiecție duce la situația paradoxală că toxicomanul nu se mai poate accepta pe sine însuşi, nu se poate suporta pe sine.

7. Este meritul lui Freud de a fi relevat rolul *instinctului de autodistrugere* la toxicomanie. Dar sentimentul de a nu se putea suporta pe sine însuşi, precum şi instinctul de autodistrugere, nu sunt fapte primare în toxicomanie, ele sunt numai consecința introiecției persoanei uniunii duale care nu l-a acceptat pe bolnav.

8. Cu timpul, şi *autosabotarea* poate deveni conştientă şi *duce la devalorizarea tuturor valorilor*, se înțelege ca şi propria valoare. Valoarea propriu-zisă, până la moarte, păstrează numai fetişul Obiect (toxicul), ca surogat al partenerului pierdut. În acest fel, toxicul şi acțiunea respectivă de obnubilare prin el, îşi asumă rolul preponderent în persoană.

Pentru psihiatria existențialistă, nu există o limită precisă între perversiunea sexuală (patima sadică). Perversiunea nu este numai „transformarea" în contrar, ci şi „cuplajul dintre fenomene existențiale diverse şi diferite pe calea unui drum greşit, care prin eroarea lui, duce la, şi realizează o realitate originară şi primară într-o formă care să anuleze tocmai această realitate". Von Gesattel, tot existențialist, vede în toxicoman un pervers. Perversul din toxicoman, spune Von Gesattel, este tocmai o inversare, o răsturnare a valorilor pe care conştient le cunoaşte şi le confirmă. Caracteristica comună tuturor toxicomanilor este autodistrugerea. Acest instinct de distrugere, este legătura cea mai concretă dintre perversiune şi o toxicomanie. La toxicomanie, tendințele distructive preiau distrugerea persoanei. Instinctul distrugerii, îşi are originea în disperarea pe care conştient individul o neagă peste tot, sau nici nu ştie de ea. În spatele oricărei toxicomanii care se poate vindeca, stă disperarea. Dacă, cazul este nevindecabil, este el în sine disperat. În acest din urmă caz, disperarea este cea anonimă, inaccesibilă, imanentă, ține de destin, o disperare care ține mai mult de specie, decât de individ. Semnificația acestei disperări, este că toxicomanul nu vrea să se accepte aşa cum este, că nu se suportă, că are sentimentul insuportabilului. Dar, dacă omul nu se suportă pe sine însuşi, aceasta înseamnă că deşi există, el nu vrea să ființeze. El simte că existența sa nu este legitimă, autentică. Această ilegitimitate erupe la suprafață ca o specie de negare a voinței de trai, şi a exista în direcția neantului.

După cum spuneam mai sus, autosabotajul nu este nucleul primar al toxicomaniei, aceasta constând într-o incapacitate apriorică de a nu putea trăi fără o uniune dual*ă*. Insuportabilul simțit ca atare, de propria persoană, este doar urmarea introiecției partenerului dual, pe care toxicomanul, fiind încă copil, l-a simțit ca unul care nu îl accepta. Din această cauză, noi credem că, orice toxicomanie este o maladie a instinctelor uniunii duale, a celor de contact şi a celor ale Eu-lui.

Ar fi o eroare să tragem de aici concluzia că toxicomania şi orice pasiune bolnăvicioasă, este numai o maladie care-şi trage rădăcinile doar din afară, din mediu. Toxicomanii sunt psihopați ereditari, deci au şi triada psihopatică obişnuită:

1. Se lasă pradă principiului plăcerii;
2. Centrul este foarte slab, de cele mai multe ori, centru nul;
3. Ventilele de siguranță sunt multe, şi de cele mai multe ori tri- sau cvadriegale.

Aceste trăsături experimentale, vorbesc pentru o dispoziție ereditară, endogenă, a toxicomaniei. Dar specificul psihopatiei toxicomane, constă tocmai în anomalia legăturii cu partenerul dual, deci în anomalia instinctului de contact. Această anomalie de contact, are o oarecare asemănare cu perversiunea, care se referă şi la Eu. La fel ca şi perverşii, toxicomanii au un impuls anormal spre împlinire (p) şi sunt anormali şi în ceea ce priveşte luarea în posesie a Obiectului (k). După cum se ştie, anomalia instinctului de împlinire la pervers, constă în aceea că perversul nu ştie altă modalitate de împlinire, decât cea sexuală. La toxicoman, această împlinire

este posibilă numai prin toxic, fetiş, prin surogatul partenerului dual, prin proteză. Dacă în structura unui toxicoman, instinctul de împlinire şi de luare în posesie se limitează la Obiecte sexuale, avem de a face cu „nestatornici sexuali". Aceşti nestatornici sexuali, formează grupa de trecere spre toxicomanii propriu-zişi (de la perverşi). Anomalia instinctului de luare în posesie, este la fel la perverşi şi la toxicomani. Toxicomanul nu poate lua nici el în posesie Obiectul cu Eu. Reacţia Eu-lui este la toxicomani numai la început, în timpul introiecţiei Obiectului dual (k+). Mai târziu, în schimb, toxicomanul, ca şi perversul, dă reacţie de totală devalorizare, adică (k-). S-a vorbit mult de înrudirea dintre toxicomanie şi obsesie, mai ales de către Bon Gesattel. Această înrudire este valabilă numai în măsura în care toxicomanul suferă şi de obsesii impulsive. Astfel, el remarcă că, constrângerea unui impuls nu formează încă esenţialul şi caracteristicul obsesiei în serie. Toxicomanul tăgăduieşte libertatea sa numai după aceea. Atunci când toxicomanul spune: „nu puteam altfel", aceasta numai o mustrare postumă a conştiinţei.
În materie de toxicomanie, Analiza Destinului a ajuns la următoarele rezultate:

1. La test, mulţi toxicomani dau factori obsesivi, dar destul de atipic. Iată câteva exemple:

	S		P		Sch		C	
	h	s	e	h y	k	p	d	m
Obsesiv pur	±	-	±	0	±	0	0	±
Alcoolic	±	0	+	±	-	0	+	0
Alcoolic	+	-!	-	-	0	±	0	-
Morfinoman	±	+	+	-	-	+	0	-

2. Există deci, o predispoziţie ambivalentă, destul de pronunţată la toxicomani, care generează de mereu reînnoită, îndoială şi suspiciune, ale oricărui toxicoman, dar mai ales impulsurile obsesive (h±, m±).

După opinia lui Von Gesattel, orice direcţie a interesului omenesc, deci orice interes, poate degenera în pasiune bolnăvicioasă. Orice direcţie instinctivă, poate deveni pasiune bolnăvicioasă. Toxicomania îşi poate alege surogatele şi acţiunile spre surogate, în orice domeniu instinctiv. Pasiunile bolnăvicioase din domeniul sexualităţii, aparţin tot grupei perversiunilor. În limbaj cotidian, toxicomanie se numeşte doar acea maladie care se referă la instinctul de contact (alcool, toxice).
Predispoziţia spre toxic se poate satisface şi în trăsături de caracter.

Testologia toxicomanilor

Subgrupele toxicomanilor în funcţie de tendinţa instinctivă			
Vectori	**Factori**	**Subgrupa diagnostică**	**Trăsături caracteriale**
S	**h**	(+) erotomanie, nimfomanie, sartriasie (-) manie culturală (snobii)	Don Juan, afemeiat livresc, estetizant
	s	(+) distrugere patologică: Sodomanie (-) vocaţie de martir, autojertfire, masochism, cartofori (Freud) (+) fanatici ai adevărului, justiţiari Tartuffi	hiperactivitate, Maniaci ai muncii inutile umilire, lene, trândăvie, servilism patosetic, pietism.
P	**e**	(-) furie oarbă, dorinţă de răzbunare, piromanie	pismă, gelozie, arţăgos, vendetă
	hy	(+) dorinţă de evidenţiere, exhibiţie, fugă după glorie (-) pseudologie fantastică (+) lăcomie, aviditate, orgoliu	dorinţa de evidenţiere, vanitate, cocheuărie. pudoare. egoism, narcisism.
Sch	**k**	(+) dorinţă de putere (-) mania devalorizării (-) negare valorică, distrugere	mândrie, formalism. egocentrism. incapacitate de a aprecia ceva pozitiv.
	p	(+) dorinţă de putere personală, rivalitate	entuziasm, fanatism, exaltare,

		patologică (dar cu d+) (-) autoacuzare, pseudovirulentă, narcomanie	pătimaș. suspiciune, neîncredere, autosupraapreciere.
C	**d**	(+) cleptomanie, cartofori (-) colecționarism, impuls spre murdărie=coprofilie	căutare eternă, instabilitate, infidelitate, risipă. zgârcenie, fidelitate, perseverență.
	m	(+) etilism, gurmand, clevetitor narcoman (-) izolare, claustrare, abandonare	voracitate, savurare, capricios. Solitudine.
Factorii radicali sunt totuşi rari la toxicomani, de cele mai multe ori numai 1-2, survin totuşi ▪ autodistrugerea: **s-!** ▪ căutarea neliniştită pentru autodistrugere: **d+!/s-!** ▪ furia oarbă de autodistrugere: **S0/-** ▪ tensiune puternică la factorii: **m+!!** (alcoolism), **d+!**, **s-!**, **k-!**			

Toxicoman clasic

s	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**
-	0	0 (+)	0 (-)	0 (±, +)	0 (+!)	+! (0)
autosabotare	Pierderea cenzurii morale		lipsa Eu-lui		impuls de acceptare	

Alt toxicoman clasic

s	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**
-	0 (+)	0 (+)	0	-(±)	-	+ (±, 0)
autosabotare	Pierderea cenzurii morale			pierderea uniunii dualiste/ legătură incestuoasă		

Centrul toxicomanului	**e**	**hy**	**k**	**p**
Pierderea totală a centrului	0	0	0	0
Defect la centru cu posedare	0	0	0	+
Defect la centru cu proiecție	0	0	0	-
Defect la centru cu abandonare	0	0	0	±
Defect la centru cu ambivalență morală	±	0	0	0
Defect la centru cu stocare de furie	-	0	0	0
Defect la centru cu tendință de îndreptare	+	0	0	0

Proiecție totală la toxicoman grav	Sch0/-
Proiecție şi inflație (Eu-l feminin la bărbați)	Sch+/0
Eu-l obsesiv (masculin, la femei)	Sch+/0
Defect la Eu, metamorfoza Eu-lui crepuscul	Sch0/0
Refulare	Sch-/0
Inhibiție	Sch-/±
Înstrăinare	Sch-/+
Devalorizare de tip maniacal	Sch-!/-

Contactul la toxicomani

contactul tipic al toxicomanului	C+!/± (+!!)
(cu incest pe planul 2)	C-/0
Incapacitate de despărțire	C±/+
(dar cu nestatornicie ca motivare)	C0/-
Incestul pe primul plan (la debutul	C-/+

oricărei toxicomanii)	

Sexualitatea toxicomanului

autodistrugere, masochism, autosabotaj	S0/-!
absența oricărei activități	S±/-
inversiunea scopului (la bărbați)	S+/-

Reacții afective la toxicoman

Anxietate de relație senzitivă, mitomanie	P0/-; P0/-!
Lamentații infinite	P0/±
Dorința de a se evidenția	P0/+
Blocaj de furie, ură, răzbunare, mânie	P-!!/0
Panică anxioasă	P-/-
Fobii	P+/0
Descărcări afective	P0/0

Alcoolism clasic:
șef de birou de 45 de ani, 6 examinări succesive:

S		P		Sch		C		Factori simptomatici: m±, k0, p±, e0 şi e± Factori submanifeşti: h+ şi h-, hy+, d- şi d+ Factori radicali: s-
h	s	e	hy	k	p	d	m	
+!	-	+	0	0	-	-	±	
-	±	±	+	0	0	-	0	
-!	0	+	+	±	0	-	-	
±	-!	0	+	+	±	+	0	
+!	-!	+	0	0	-	-	-	
±	-!	+	+	0	±	0	-	

Morfinomanie clasică: medic ginecolog de 35 de ani, 10 examinări:

S		P		Sch		C		Factori simptomatici: m±, e0. Factori submanifeşti: hy-, h+!, k-, p+. Factori radicali: d+, s-
h	s	e	hy	k	p	d	m	
±	0	0	0	-	+	+!	±	
+	-	0	-	-	+	+	-	
+	-	0	-	-	+	+!	±	
+	-	-	0	0	±	+	±	
±	-	+	0	-	+	+	±	
+	-	0	-	-	+	+	±	
+!	-	0	-	-	+	+	±	
+	-	-	-	-	+	+	±	
+!	-	0	-	-	+	0	±	
+!	-	0	-	0	±	+	+	

Nestatornicia sexuală (Don Juan, nimfomania)

Nestatornicia sexuală, exact ca şi toxicomania, înseamnă psihopatie de „Contact”, deci, anomalia de a nu putea realiza şi păstra existența dual. Nestatornicia sexuală nu este o anomalie sexuală primordială, pentru că primar este lezat instinctul de contact. În primul rând pentru că exigența lor pentru uniunea dual este foarte mărită, în al doilea rând, pentru că în lipsa contactului permanent cu Obiectul dorit, acest tip de psihopat este incapabil să se satisfacă. Eu-l lor este plin de trăsături specifice toxicomanului şi perversului:

1. Incapacitatea de a forma Eu-l ideal, ca o consecință a incapacității de a se separa.
2. Tendința de devalorizare.
3. Impulsuri obsesive.

4. Pierderea forței Eu-lui de a lua în posesie.

Incapacitatea de acceptare exterioară este interiorizată şi apare ca un sentiment al insuportabilului, de a nu se putea suporta pe sine, de aici şi autosabotajul şi autodistrugerea. Legătura incestuoasă este la fetele tinere momentul declanşator al tulburării de „contact" şi a abandonării. Dar momentul exogen pune numai în mişcare mecanismul adevărat, pentru că nestatornicii sexuali sunt psihopați ereditari. Prin psihoterapie se poate rezolva doar conflictul personal, cel care a ajutat punerea în mişcare a bagajului constituțional psihopatic. Mai ales la tinerele de acest gen, psihanaliza poate fi încercată, dar numai în sensul celor spuse mai sus.

Sete de acceptare şi permanenta cramponare	**m+**
În cazuri mai grave, exemplu, un hipomaniacal	**m-!**
Devalorizare şi distrugere	**k -**
Sadism	**s+**
Autosabotaj	**s-**
În cazuri foarte grave, aproape marginal (psihoze), poate interveni formula	**hy-/p+**
Cazurile mai uşoare aparțin formulei simple de maniaci ai dorinței de a fi acceptați	**m+**

Formele sexualității nestatornice au mai mulți factori simptomatici, decât radicali:

Factori simptomatici	
Legătură infantilă sau dezintegrată	d0, m0
Nestatornicie instabil emotivă cu pierderea centrului	d0, e0/ hy0
Nestatornicie cu abandonare	d0, p± sau p0
Abulie morală (pierderea centrului intern)	hy0, k0
Abulie morală față de excitanții sexuali	h0, hy0, k0
Slăbiciune morală față de orice excitant sexual sadic, oral şi sexual (gurmandul, bețivul, narcomanul şi bifitorul)	s0, m0, h0, hy0
Factori radicali	
Cei mai frecvenți sunt	m+, s-!, k-, s+, hy-, d+, p+
Pericole instinctive	
Autodistrugere	C0/-! sau C+/-!, s=totdeauna -!
Unitendința cramponării	C0/+
Despărțirea hipomaniacală	C0/-
Legătură biobiectuală ambivalentă	C+/+, C+/±
Legătură incestuoasă	C-/+, C-/±
Refularea	Sch-/0
Înstrăinarea	Sch-/±
Eul posedat obsesiv	Sch0/+
Impulsuri obsesive	Sch±/0
Proiecție de uniune dual㠠	Sch0/-
Anxietate de relație senzitivă	P0/-
Panică	P-/-
Descărcare afectivă	P0/0
Fobie	P+/0
Tensiune afectivă la factorii	s+!, s-! h+!, d+!, k-!, m+!

Caz tipic de fată nestatornică:

d	e	s	k	p
0	0	-! (±, +!!)	-!	±

Aceasta înseamnă:

- Pierderea unității de măsură valorică, deci nestatornicie: **d0**
- Nestatornicie paroxistică, eventual cu impuls patologic şi achiziție: **d0**, **e0**
- Autodistrugere: **s-!**
- Devalorizarea tuturor valorilor, dar şi a propriei persoane: **k-!**
- Înstrăinarea şi devalorizarea propriei feminități: **Sch-/±**

Nestatorniciei tinerelor îi corespunde aproape paralel, cleptomania adolescenților, iată un caz tipic:

s	e	k	p	d	m
0	0 (+)	- (0)	+	0 (±)	0 (±)

Instinct de achiziție. Devalorizare, grandoare, principiul plăcerii.

Centrul nestatornicilor	e	h y	k	p
Pierderea centrului ideilor		0	0	
Pierderea centrului de proiectare	0	0	0	-
Pierderea centrului cu abandon	0	0	0	±
Pierderea centrului cu posedare obsesivă	0	0	0	+
Foarte rar, pierderea totală a centrului	0	0	0	0
Centru de sub-criminal	-	-	-	+
Centru benign pozitiv	+	+	+	+
Nestatornicul internat poate face anxietate	+	-	-	+
Sau frica de pedeapsă şi sentiment de culpă	0	-	-	+

Mecanisme de apărare a Eu-lui la nestatornici	
Lupta cu posedarea obsesivă	Sch-/+
Refulare	Sch-/0
Înstrăinare	Sch-/±
Inflație totală	Sch0/+
Eul care dezertează	Sch±/-
Eul autist	Sch+/-
Mai rar, Eul proiectat de uniunea dual㠠	Sch0/-
Şi, mai rar, Eu adaptat	Sch-/-
Reacțiile de „contact" ale nestatornicului	
Mania acceptării	C0/+!
Căutare de infidel	C+/-
Legătură bi-obiectuală	C+/+
Legătură incestuoasă	C-/+
Ambivalență în legătură	C+/±, C±/+, C±/±
Reacții sexuale la nestatornic	
Supraîncărcare erotică	S+/+!!
Cu agresivitate mare	s+!!
Ambivalență sexuală (predispoziție spre bisexualitate	S±/+!!, S+!/±, S-/± S±/± S0/±
Masochism, autodistrugere, supunere	S0/-!!
oricărui bărbat cu scopul umilirii continue	mai rar, S-/-!!
Sexualitate infantilă	S0/0
Reacții afective la nestatornici	
Descărcare afectivă	P0/0
Anxietate senzitivă la relație	P0/-

Anxietate senzitivă de relație, cu lamentare	P0/±
Fobie	P+/0
Anxietatea mustrării de conştiinţă	P-/-

Sindroame nevrotice

Generalităţi

Termenul de nevroză are o vechime de 175 de ani. El a fost lansat la sfârşitul veacului al XVIII-lea de către medical scoţian Cullen în 1776. Istoria nevrozelor, se poate foarte uşor reconstitui din istoria termenului însuşi. În referatul lui Bunke, se poate înţelege uşor, care a fost evoluţia termenului de nevroză şi cum a trecut el la accepţiunea somatologică originară legată de neuron, neuroză=leziune intermediară a neuronului, adică între inflamaţie şi degenerescenţă, la accepţiunea sa pur psihologică. Transformarea nu s-a produs brusc. Discuţiile între şcolile psihologice şi somatologice au fost mereu reluate şi înfierbântate prin 1840, termenul de neuroză mai cuprindea aproape mai toate afecţiunile sistemului nervos periferic, ale măduvei, dar şi ale creierului, cum ar fi paralizia. Prima limitare a termenului de nevroză s-a făcut sub influenţa Teoriei reflexe a lui Hall şi Bell, dar aceasta nu a dus încă la înfrângerea totală a somaticilor în teoria nevrozelor. Mai mult chiar, în jurul anilor 1870, sub influenţa şcolii lui Wirchoff Nissl şi Erb, prin neuroză se înţelegea o maladie a cărui substrat organic nu a fost încă descoperit, dar urmează să fie. Astfel, nu numai Isteria, ci şi Epilepsia, Catalepsia, Tremurul, Paralisis, Agitans şi Coreea, au fost considerate neuroze, deci, multe maladii despre care azi ştim sigur că aparţin sistemului striopalidar.

Dar chiar şi în acest timp, ia naştere o şcoală psihologizantă a teoriei nevrozelor: Charcot, Janet, meritul acestora este de a fi pregătit, într-o epocă de crunt satrapat somatic, premizele psihologice ale viitoarelor teorii despre nevroză.

Din păcate, medical American Bearn, cu mica sa cărţulie din 1880, încerca să aducă din nou, teoria nevrozelor în albia somaticilor. Firește că patogenic, el are unele merite, mai ales când încerca să facă relaţii între epuizarea vieţii moderne şi neuroză (la el: neurastenie). Dar Bunke constata pe bună dreptate că teoriile aberante a lui Bearn despre suprasolicitare şi epuizare în civilizaţia modernă nu au făcut decât să risipească pentru câteva decenii orice concepţii ştiinţifice serioase despre constituţie şi ereditate, etiologie psihică şi orice analiză mai fină a structurii mentale a psihopatului; punând totul în sarcina suprasolicitării şi epuizării, orice intervenţie ştiinţifică serioasă cade de la sine. Dar critica faţă de Bearn nu a întârziat să se arate, atât în ce priveşte clasificarea nevrozelor, cât şi a etiologiei lor.

Prima reacţie este teoria lui Janet despre psihastenie.

În 1907, nevrozele sunt împărţite de către Charcot şi Raymond în 3 grupe clinice: histerie, hipocondrie şi neurastenie. Reacţia la teoriile lui Bearn a adus din nou pe primul plan şcolile psihogenetice.

Apogeul îl formează comunicarea lui Freud la congresul de psihanaliză de la Munchen din 1913. El vede problematica nevrozelor astfel:

1. Patogeneza nevrozei: de ce şi cum se îmbolnăveşte un om de o afecţiune nevrotică?
2. Opţiunea nevrotică: de ce o anumită persoană face exact o anumită formă de nevroză şi nu alta?

Patogeneza nevrozei, este domeniul cel mai bine analizat de către psihanaliză. Freud accentuează însă acest lucru, fiind de multe ori uitat, că nevroza depinde de conlucrarea factorilor constituționali şi ocazionali-accidentali, dar că, opțiunea nevrotică depinde numai şi numai de ereditate şi nu are nimic de a face cu trăirile patologice pe care bolnavul le are în mediul psihosocial. La acelaşi Congres, Freud face o delimitare foarte limpede între psihanaliză şi constituție când spune: „La întrebarea: care sunt factorii care stau la baza unor asemenea tulburări de dezvoltare, în evoluție, opera psihanalitică se opreşte şi predă problema cercetării biologice". Dar, în ciuda faptului că teoriile lui Freud au adus învățătura despre nevroză şi mai ales terapia lor pe un plan psihic, sub aceste teorii freamătă mai departe o tendință somatică, care azi a luat expresia teoriei moderne constituționaliste. Bunke este de părere că ar exista o conciliere între şcolile somatice şi cele psihologice, despre nevroze, cu condiția ca noțiunea de „funcțional" să fie lămurită definitiv. Din păcate, de cele mai multe ori, noțiunea de „funcțional" este foarte vaporoasă şi confuză, cu toate că, orice om cu judecată şi mai ales un medic, nu poate admite că ar putea exista maladii sufleteşti sau nervoase fără corelate corporale. Dar, corelate, nu înseamnă cauze. Dar la ceea ce se gândeşte Bunke, nu este o boală, ci anomalii graduale care nu se referă la structura, ci, la funcția țesutului nervos, deci la anomalii cantitative mai mult sau mai puțin, care sunt tot atât de multe variante ale fiziculuisănătos, ca şi ale psihicului.

La acest domeniu se referă patologia funcțională. În acest sens, nevrozele sunt funcționale. Dar, indiferent dacă anomalia somatică va fi în viitor una dinamică, una chimică sau una hormonală, ea este în mod obligatoriu una cantitativă, ia nu va fi şi nu poate să fie o abatere calitativă de la normă.

Curentele care revizuiesc astăzi problema nevrozelor sunt 3:

1. *Psihanaliza:* ea studiază mai ales situațiile psihice care duc indivizii la nevroză, ocaziile de îmbolnăvire, dar, mai ales, structura analitică, deci semnificația simptomului.
2. Localiştii *neuro-endocrini:* aceştia caută în sistemul nervos leziunea specifică nevrozei, gândindu-se mai ales la o funcție cantitativ şi efectiv modificată care să determine nevroza.
3. *Eredobiologia.*

Psihanaliza şi nevrozele

O. Fenichel, are dreptate când constată că teoria nevrozelor este pentru psihanaliză exact ce este patologia generală pentru medicina clinică, astfel că nu este de mirare că teoria nevrozelor este cea mai dezvoltată parte a psihanalizei. Pentru psihanalişti, un om este sănătos atunci când ştie să aducă la armonie necesitățile sale instinctive cu propriul său Eu, armonie care va aduce după sine anularea oricărui conflict intern sau extern. Omul devine nevrotic atunci când viața sa instinctivă ajunge în conflict cu Supraeu-l (Eu-l ideal). Unul din partenerii conflictului este instinctul sexual, energia sa nesatisfăcută, Libido-ul. Celălalt partener este Supraeu-l care joacă în organizarea persoanei rolul autorității statale şi care în cadrul social este duşmanul instinctelor, un fel de reprezentant al forțelor mediului, duşmănoase instinctelor şi satisfacerii lor. Nevroza ia deci naştere din Supraeu-l care persecută şi energia instinctivă care este persecutată. În clipa când la un om predispus la nevroză, un instinct doreşte să se satisfacă, într-o direcție în care, atât mediul înconjurător, cât şi reprezentantul său interior, Supraeu-l, au obiecții, ia naştere o regresie la faze anterioare celei în care trăieşte individul, căutând satisfacția refuzată de prezent în modalități cunoscute în adolescență şi copilărie, deci în modalități primitive, exact la acele modalități la care odinioară, în evoluția ontogenetică, individul a fost fixat mai mult, dar pe care a depăşit-o. Libidou-l găseşte fixările atât de necesare pentru ca refulările să fie siluite în sexualitatea infantilă.

După psihanaliză, sexualitatea copilului trebuie înțeleasă ca având două straturi. Primul strat este cel care îi păstrează amintirile copilăriei fiecărui copil. Al doilea strat este păstrătorul predispoziției preistorice, deci filogeneza speciei. Trăirile infantile ale individului se cumulează în decursul ontogenezei. Predispoziția preistorică o avem de la strămoşi, deci sexualitatea infantilă însemna o experiență personală, dar şi bagajul experienței strămoşilor. conform psihanaliştilor,

factorul etiologic pentru nevroze este fixarea libidinală a adultului, ce se poate descompune în două momente:

1. Constituţia sexuală;
2. Trăirea infantilă (dispoziţiile câştigate de individ în prima copilărie).

Pe baza acestor ipoteze, Freud în 1917, a stabilit următoarea schemă de etiogeneză nevrotică:

- Dispoziţie prin fixare libidinală – Trăire accidentală (traumatică)
- Constituţie sexuală (trăire preistorică) – Trăire infantilă.

Simptomul nevrotic este pentru psihanalişti un surogat pentru o trăire importantă care a devenit inconştientă. Simptomele creează surogate prin regresarea libidoului la faze timpurii, care să satisfacă ca odinioară instinctele. Din această cauză, simptomul nevrotic ascunde şi totodată evidenţiază mereu câte o bucăţică din viaţa inconştientă. Trăirea exterioară este numai accidentală (dacă nu un pretext) pentru că o trăire veche, primitivă, inconştientă să poată ajunge din nou la suprafaţă să-şi facă de cap. Şi, cum elementul cel mai arhaic al vieţii este copilăria, inconştientul se întoarce sub forma simptomului nevrotic, exact la forma infantilă a existenţei.

Interesează în fond, cărui factor i se acordă precădere: predispoziţiei înnăscute sau trăirii traumatizante. În funcţie de aceste dileme, Freud şi-a modificat de câteva ori punctele de vedere. Din 1917, Freud a spus clar că toate cauzele de nevroze se inserează pe o curbă continuă, la o extremă precumpănind ereditatea (el o numeşte când constituţie sexuală, când fixare libidinală), la cealaltă, evenimentul traumatic (refuz, nefuncţionare, pană), dar, important este că niciodată unul din factori nu este complet absent.

Nevroza consta, după Freud, din conflictul dintre Eu şi sine. Este vorba de o lovitură greşită, de o partidă pierdută în funcţionarea Eu-lui în lupta sa cu excitaţiile instinctelor. Freud stabileşte următoarele grade ale cazurilor de îmbolnăvire nevrotică:

A. Îmbolnăvirea la refuz exterior total;
B. Îmbolnăvirea în faţă unor cerinţe reale;
C. Îmbolnăvire prin inhibiţia evoluţiei;
D. Îmbolnăvirea prin creşterea cantităţii libidoului.

În ceea ce priveşte primul punct, omul rămâne sănătos atât timp cât pentru satisfacerea necesităţilor sale libidinale, găseşte un Obiect exterior real. El se îmbolnăveşte în clipa în care Obiectul exterior îi este refuzat, fără a fi înlocuit cu un surogat, deci printr-un refuz exterior total absolut. Ca urmare a acestui refuz ia naştere o acumulare de libidou, o creştere a tensiunii psihice, iar destinul individual va fi hotărât de maniera în care această tensiune va fi rezolvată. Fireşte că la acest refuz total, omul poate reacţiona şi cu mecanisme sănătoase. Maniera sănătoasă va fi, fie prin forţarea situaţiei, fie prin sublimare. În schimb, îmbolnăvirea intervine în clipa în care refuzul total va mobiliza dispoziţia care până în acea clipă a fost inoperantă, latentă, pe planul doi. Reacţia bolnăvicioasă faţă de refuzul exterior total este:

1. Introversia libidoului;
2. Regresia.

În cazul introversiei, din cauza refuzului total al realităţii, persoana renunţă complet la realitate şi se retrage în viaţa fanteziei.

În cazul regresiei, individul tinde spre manierele infantile ale plăcerii libidinale, de vreme ce, cele mature, adulte, i sau refuzat complet. Conflictul dintre Eu şi tendinţele lumii fantasmatice sau cele ale regresiei este conciliabil şi duce în mod necesar la formarea simptomului nevrotic. Deci, în aceste cazuri, individul se îmbolnăveşte din cauza modificării intervenite în lumea exterioară, pentru că, în locul satisfacerii instinctive, a intervenit refuzul.

În al doilea caz, persoana se îmbolnăveşte în urma strădaniilor ei de a face faţă unor cerinţe reale ale lumii exterioare, deci în urma încercărilor de adaptare la lumea exterioară, care însă nu reuşesc din cauza unor greutăţi şi rezistenţe insurmontabile în plan interior. În cazul refuzului total exterior, Freud spune că este vorba de o modificare în lumea exterioară, dar în al doilea caz, centrul cade pe o modificare pe lumea interioară, pentru că rezistenţa este aici un impediment al mentalităţii omului care nu vrea să accepte efortul la o anumită adaptare reală. În primul caz, momentul

declanşator este o trăire, în al doilea caz este vorba de un fenomen al dezvoltării vieţii psihice. În primul caz, individul trebuie să renunţe la satisfacerea instinctelor, în al doilea, individul se îmbolnăveşte din cauza rigidităţii sale teribile, deci, din cauza incapacităţii sale intrinseci de a schimba Obiectul, de a se adapta la realitate. Astfel, perseverarea în masturbare, fixarea puternică la situaţii incestuoase, nu pot fi părăsite, în folosul altor situaţii noi. Persoana este incapabilă să se transforme din cauza conflictului care este generat de această rigiditate şi astfel devine nevrotică.

A treia modalitate de a deveni nevrotic este o inhibiţie a dezvoltării care în realitate este o amplificare, o exagerare a îmbolnăvirii în faţa exigenţelor realului. În aceste cazuri, în fond libidoul nu a părăsit niciodată fixarea infantilă. De vreme ce modalitatea a doua a îmbolnăvirii, conflictul nevrotic apare oarecum brusc, în urma solicitării de adaptare, tot mai imperioasă, în cazul de care ne ocupăm, individul devine nevrotic în mod fatal odată cu maturizarea, când, din cauza fixărilor infantile, nu mai poate face faţă necesităţilor adulte ale instinctelor. Maturizarea aduce automat după sine nevrozarea.

În fazele critice ale existenţei (pubertate, menopauză), anumite persoane, considerate normale, pot ajunge la o exagerare a libidoului. Persoana care până atunci era capabilă să-şi consume libidoul dat, se îmbolnăveşte în aceşti ani critici prin simplul fapt că libidoul nu mai poate fi strunit de Eu-l care se simte inundat de atâta energie libidinală. Aceasta este a patra modalitate de a deveni nevrotic. Acest mod de a deveni nevrotic este în acord cu două din tezele noastre. În primul rând că nevroza şi conflictul ei, ia naştere din conflictul dintre Eu şi libido. În al doilea rând, că atât nevroticul, cât şi omul normal, au de luptat în acelaşi mod, şi cu aceleaşi forţe instinctive ale libidoului, între fenomenul normal şi cel nevrotic, nu există decât deosebiri cantitative, niciodată calitative.

Fireşte că aceste 4 modalităţi de a deveni nevrotic, nu apar în formă pură. Discuţia dacă nevroza este endogenă sau exogenă este inutilă după opinia lui Freud. Din această cauză, psihanaliza a renunţat la orice discuţie în jurul problemei exogen-endogen, adică destin-constituţie. Pentru psihanaliză, conflictul nevrotic ia naştere dintr-o anumită „situaţie" care se clădeşte din piese diferite. Este o greşeală să se creadă că referitor la etiopatogeneză, Freud ar fi neglijat sau negat complet factorul constituţional. Scrierile dintre anii 1928-1933 demonstrează că constituţia nu a fost neglijată, cel puţin teoretic. Freud: „aşteptarea, speranţa că tot ce este nevrotic poate fi vindecat, îşi are originea în desueta idee de o suspectă origine profană cum că nevroza este complet de prisos, ceva ce nu are dreptul la existenţă". În realitate, nevroza este o maladie gravă, constituţional fixată care se limitează rar la câteva episoade şi, de cele mai multe ori, se menţine în faze lungi, dacă nu toată viaţa. Faptul că experienţa psihanalitică a arătat că o nevroză poate fi influenţată, cunoscându-i istoria biografică şi traumatismele accidentale, a dus la greşita concepţie conform căreia faptul constituţional trebuie neglijat (şi în practică nici nu îl putem corecta sau influenţa), dar teoretic, noi nu îi putem nega importanţa.

Clasificarea nevrozelor după Freud:

1. Nevroze actuale:
   a. Neurastenia;
   b. Nevroza anxioasă;
2. Nevroze de transfer (psihonevrozele):

a. Nevroza obsesivă;
b. Histerie (Histerie de conversie);
c. Fobia;

3. Afecţiuni narcisice:

a. Melancolia;
b. Schizofrenia;

După părerea lui Brun, la nevrozele actuale, momentul etiologic important nu este psihic, ci ţine de centrul vegetativ cerebral. În cazul categoriei a doua (nevrozele de transfer), tulburarea primară se bazează pe conflicte instinctive inconştiente, de vreme ce la nevrozele actuale, un rol mai important îl joacă tulburările vegetative (vasomotorii, toxice, oboseală). La nevroza de transfer, momentul psihic este cel mai important. Tulburările vegetative sunt cu totul secundare la nevrozele

de transfer, şi numai consecinţele de rangul 2 al modulului în care Eu-l se apără de conflict. În cazul afecţiunilor narcisice, defectul constă în aceea că, după ce a pierdut Obiectul, persoana îşi retrage toată energia libidinală destinată relaţiei cu lumea în propriul Eu (energia devine narcisică) şi astfel, ia naştere o regresie libidinală pe treptele infantile ale existenţei, pe nivelul existenţei primar narcisice.

Clasificarea lui Freud prezintă două caracteristici:

- În primul rând, nevrozele sunt grupate în funcţie de diversele destine ale libidoului.
- În al doilea rând, pentru Freud, chiar şi cele două mari psihoze endogene (melancolia şi schizofrenia), nu sunt altceva decât un destin deosebit al libidoului, şi anume: regresia lui total narcisică (primară). Din punct de vedere psihanalitic, singura deosebire principală dintre psihoze şi nevroze este destinul pe care-l are libidoul în cadrul lor.

Nevrozele şi neuroendocrinologia

O problemă importantă este ce baze somatice au putut fi decelate până în prezent la nevroze, ce fel de localizare neuroendocrină au ele. Apoi ne mai putem întreba: substratul diverselor nevroze este divers, sau este vorba de o leziune unitară în toate nevrozele. Este problema capitală a aşa zisei „electivităţi endocrine a nevrozelor". Deja Bunke, credea că baza etiologică a nevrozelor, trebuie găsită în funcţionarea anormală (cantitativă) a sistemului nervos şi a celui endocrin. Mai ales la reacţia neurastenică, Bunke credea că se va afla odată, baza ei endocrină, care funcţionează prost, şi nicidecum un sistem nervos care funcţionează prost. Totuşi Bunke se declară foarte sceptic în orice cercetare a acestei realităţi endocrine.

Stertz credea că la reacţia neurastenică este implicat trunchiul cerebral. Kehrer vorbeşte mai precaut, despre o tulburare „în sistemul instinctelor vitale". Deci, definiţia sa dată nevrozelor este: Reacţii care iau naştere pe baza unei predispoziţii din conflictele pe care pretenţiile şi exigenţele culturii le declanşează la indivizi cu un bagaj ereditar instinctiv particular.

De la studiile de sechele, după encefalita epidemică, sau aşteptat foarte multe în materie de localizare a nevrozelor ca şi psihopatiilor. S-a crezut că există două regiuni speciale în crier care iau parte la etiopatogeneuza unei nevroze:

1. Extrapiramidalul, sistemul striopalidar;
2. Hipotalamusul, deci centrul vegetativ, endocrin, afectiv, instinctiv de demaraj.

Începând cu studiile lui Foerster şi Cierlich referitoare la mecanisme mai vechi şi onto- şi filogenetice, deduse din tulburări de locomoţie, au început o serie de cercetări care doreau să demonstreze în simptomul şi manifestarea nevrotică, reactualizarea unor mecanisme şi aparate reflexe, filogenetice şi ontogenetice, mult mai vechi, arhaice. Tot mai mult s-a răspândit opinia după care simptomul şi sindromul nevrotic ar fi o fixare patologică la anumite reflexe motorii, vaso-motorii, vegetative şi endocrine, dar mai ales afective şi emoţionale, la un nivel care odată în dezvoltarea filo sau ontogenetică, a fost o manieră adecvată de răspuns la situaţie, dar care azi este depăşită, şi deci patologică. În acest fel ia naştere un nou concept care tentează la localizare: nevroza striată, termen lansat de Sahli, precizat apoi şi de O. Vogt, P. Schilder şi Seemann.

Pentru soţii Vogt, substratul material al isteriei, este hipoplazia sistemului striat. Mişcările isterice de orice fel se deduc din inferioritatea ereditară a acestui sistem, care în împrejurări patologice dificile nu mai face faţă coordonat cerinţelor mediului şi generează ceea ce noi vedem sub formă de tulburări motorii isterice. Kroll, este de părere că sistemul striat, explică numai simptomul isteric şi semnificaţia generală a sindromului. Urmând concepţia soţilor Bogt, Kroll crede că anumite manifestări motorii ale istericului, sunt şi extrapiramidale. Acesta ar fi cazul pentru mecanismele filo şi ontogenetice foarte vechi cum ar fi cele descrise de Kretschmer sub numele de Reflex-postură cadaverică, dar chiar şi furtuna motorie ar putea fi considerată extrapiramidală. Cu toate leziunile organice a strio-palidarului, nu pot crea tablouri clinice isterice sau schizofrenice, dar nu este mai puţin adevărat că multe dintre simptomele schizofreniei şi isteriei amintesc de caracteristicile simptomelor strio-palidar somatice. Excitanţi excepţionali ai existenţei pot declanşa o dezinhibare a automatismelor extrapiramidale de mişcare, automatisme care sunt în slujba unei reglări arhaice şi bine stabilite a vieţii instinctive. Kroll este de părere că isteria ar lua

naştere din combinaţia unor asemenea dezinhibări, ca urmare a unor factori psihogeni, cu hipoplazia întregului sistem striat. Ideea nevrozei striate este preluată în 1924 de către Schilder, care o aplica la Balbism. La fel încerca şi O. Foerster care aduce pentru prima oară în legătură tulburările de motilitate strio-palidare şi tulburările de vorbire şi alte tipuri de tulburări motorii, mai ales la bâlbâiţi.

Dată fiind strânsa legătură anatomică a sistemului strio-palidar cu hipotalamusul, era firesc ca şi în jurul acestei idei să apară diferite combinaţii. Este deci firesc să se insiste asupra reglării centrale vegetative la nevrotici. Mai ales la neurastenie şi la bâlbâială, este posibilă studierea infantilismului funcţional al centrilor vegetativi cerebrali. De altfel, şi noi, într-o monografie din 1930 am cercetat baza biologică a sindromului neurastenic, bazaţi mai ales pe reglarea cerebrală a glicemiei. Din cercetările noastre eredobiologice, se poate deduce că, celor două forme clinice distincte de neurastenie: hipo- şi hiperstenică le corespunde o ereditate complet diferită, practic complet opusă. Unul din genotipuri este constituţia apatică astenică (cu sistem simpatic adrenergic slab), care corespunde dezvoltării neurastenice astenice sau hipostenice. Al doilea genotip este constituţia iritativ-picnică (cu hiperfuncţionare simpatică şi adrenergică), care duce în cazuri clinice la neurastenie iritativă hiperstenică. Aceste două forme de neurastenie se deosebesc numai în funcţie de constituţia ereditară, pentru că factorii de mediu care o declanşează şi o produc, pot fi identici la ambele forme. Orice sindrom neurastenic este determinat de conlucrarea factorilor ereditari cu cei accidentali de mediu, dar forma clinică este dată doar de ereditate. Ereditatea individuală diferită este cea care dă pecetea formei clinice şi nici într-un caz, trăirea individuală a fiecărui caz clinic.

Studiu mai atent al reacţiei neurastenice ne-a dus la concluzia că la cele mai diverse nevroze, hipotalamusul poate fi deranjat cantitativ în funcţionarea sa în cele mai diverse forme. În 1931 am încercat acelaşi studiu aplicat la bâlbâială, considerând în genere nevroza ca un sindrom hipotalamo-extrapiramidal. Acest sindrom se poate manifesta în două forme în orice nevroză: paroxistic şi disociativ. Paroxismele se extind la: comportament, mişcare, termoreglare, vaso-motorii, presiune sangvină, puls, metabolism hidric şi lipidic, mobilizarea pragului glucidelor, sudoraţie, tablou sanguin, componenţa urinei. Procesul de disociere se observă în orice funcţie vegetativă, limbaj, scris, legătura dintre limbaj şi gândire, legătura dintre excitanţi şi reacţia afectivă. Paroxismele motorii, de limbaj, vegetative şi afective, precum şi manifestările disociative ale bâlbâielii, ne-au permis să deducem că bâlbâiala este cea mai tipică manifestare clinică a sindromului hipotalamo-extrapiramidal, lezat în funcţionarea sa. De altfel, orice bâlbâit, are şi o gravă tulburare a vaso-motricităţii capilare, decelabilă microscopic. Bâlbâitul este un infantil al vegetativului, atât în ce priveşte vasomotricitatea, cât şi în ce priveşte glucoreglarea, sexualitatea, metabolismul hidric. De altfel, azi, s-a căzut de acord asupra faptului că bâlbâiala este o nevroză a cărei baze biologice trebuie căutate în funcţionarea defectuoasă a sistemului hipotalamo-extrapiramidal.

Problema care se pune este dacă în cadrul acestui sindrom hipotalamo-extrapiramidal, diversele nevroze au o neurotopică electivă sau nu. Cunoştinţele de azi nu pot răspunde, dar putem spune că dintre multiplii centri hipotalamici, cel al glicoreglării şi cel al adrenoreglării au o importanţă în sindromul neurastenic.

Nevroza şi eredopatologia

Nici chiar Freud nu neagă rolul eredităţii în nevroză. Totuşi nu se ştie rolul predispoziţiei în etiopatogeneza unei nevroze. Corelaţia dintre constituţia nevrotică şi „peristaza” (situaţia organismului în mediu, în viaţă) este un subiect plin de aproximaţii metafizice. Cercetările strălucite a lui Birnbaum, Freud şi Kretschmer nu au lămurit problema. Problema este şi mai dificilă dacă ne gândim că psihopatia şi nevroza, dar mai ales histeria, nu poate fi definită unitar din punct de vedere fenotipic.

În familiile schizofrenicilor survin psihopatii schizoide, în familiile psihozelor afective survin psihopaţi cicloizi, iar în cele ale epilepticilor survin psihopaţi epileptoizi. Între rudele paranoicilor survin, în afară de schizofrenii şi paranoia şi mulţi psihopaţi paranoizi. Deci în

ereditatea multor boli mentale apar frecvent tipuri de psihopatii, dar se poate şi invers, în rubedeniile diverselor tipuri de nevroză, apar diverse tipuri de boli mentale şi anomalii corporale. În familiile istericilor, nu survine niciodată maniaco-depresia, ci numai schizofrenia. În mai mult de jumătate din cazuri, Meedow a putut chiar demonstra ereditatea directă a isteriei. În familiile de isterici internaţi s-au găsit foarte mulţi isterici, dar şi epileptici şi criminali. Kraulis a găsit 1,53% epileptici în familiile istericilor, de 5 ori mai mult decât a găsit Luxemburger la populaţia normală a unui teritoriu: 0,29%. S-a dovedit legătura dintre epilepsie şi isterie. În raportul prezentat la Congresul Internaţional de Neurologie de la Berna, în 1931, am arătat că constituţia apatică astenică, a reacţiei neurastenice, are un teren schizoid, tuberculos, digestiv şi anemic, de vreme ce constituţia neurastenic-iritativ-picnică are un teren ereditar maniaco-depresiv, cardio-vascular, renal, diabetic şi reumatic. „Reacţia neurastenic exogenă" a lui Bunke coincide aproximativ cu neurastenia noastră apatică-astenică. Cert este că neurastenia este o boală ereditară şi că factorii aşa-zişi cauzali sunt doar ocazional declanşatori (suprasolicitare, războiul, maladii infecţioase, tensiuni emotive). Efortul de a stabili o reacţie neurastenică „pur exogenă" au fost sortite eşecului.

Studiile lui G. Gebbing şi M. Wagner vorbesc despre rudeniile de sânge în 871 de cazuri 25 nevrotici. În familiile obsesivilor s-au găsit psihopaţi sexualii, schizofreni şi maniaco-depresivi. Pohlisch găseşte multe asemănări între ereditatea diverşilor toxicomani: morfina, alcoolul, cocaina, etc. Nevroza cea mai bine studiată eredobiologic este bâlbâiala. Astfel, s-a constatat o ereditate foarte încărcată la 40% din cazuri, la 50% dintre copiii bâlbâiţi s-a putut observa bâlbâiala în familie. V. Sarbo găseşte la bâlbâiţi 62% ereditate încărcată şi 36% chiar bâlbâiţi. H. Staack vorbeşte de o ereditate idiotipică la bâlbâiţi. Deci, în bâlbâială ereditatea are un rol important. La Congresul de Foniatrie şi Logopedie de la Viena, din 1932, s-au tras următoarele concluzii:

Endocrin şi vegetativ, bâlbâiţii au o organizare foarte atipică;

Epilepsia, migrena şi Bâlbâiala sunt foarte înrudite eredobiologic;

3. Bâlbâitul este înrudit eredobiologic şi cu aneureticul stângaci, hipogenitalul, astmaticul, criptorhidicul, diabeticul, nevroticul organic vegetativ.

Bâlbâitul este descendentul unei familii care are o predispoziţie pentru organizarea primitiv-infantilă pentru o fixare la nivel arhaic sau pentru o regresie la acest nivel. Bâlbâiala este înrudită cu toate maladiile paroxistice. Bâlbâiala aparţine unei clase de infantili sexuali.

Studiile eredobiologice permit următoarele concluzii în domeniul nevrozelor:

1. Nevroticii nu aparţin unui cerc ereditar independent. Ei ţin fie de cercul maladiilor schizofrene, fie de cercul maladiilor maniaco-depresive, dar mai ales de cel al epilepsiei.

2. Neurastenia apatică astenică ţine de schizofrenie, neurastenia iritativ-picnică ţine de psihoza maniaco-depresivă, iar cercului epilepsiei îi aparţine isteria, bâlbâiala şi orice anomalie a instinctelor sociale.

3. Înrudite între ele sunt isteria, criminalitatea, epilepsia şi bâlbâiala. Toate acestea aparţin maladiilor paroxistice (e şi hy).

4. Specificitatea factorilor genici în nevroză este atât de fin diferenţiată, încât ea este cea care determină de ce un individ se îmbolnăveşte exact de un anumit tip de maladie nevrotică. Alegerea maladiei se face în virtutea unei alelii multiple, deci a unei combinaţii zigotale a multiplelor variaţii de factori genici. În ceea ce priveşte modalitatea transmiterii unei nevroze, Lenz a căutat să demonstreze că isteria s-ar baza pe un factor ereditar dominant legat de sex, teoria însă nu s-a confirmat. În ce priveşte ereditatea, modalitatea ei de transmitere la neurastenic, nu ştim nimic. Doar despre modalitatea transmiterii bâlbâielii ştim ce este: „dimer-recesivă" (bifactorială).

5. În ce priveşte raportul dintre traumă şi genotip, deci între Peristază şi Endostază, suntem abia la început, când se formulează datele problemei.

Psihanaliza, neuroendocrinologia şi eredobiologia dau 3 tablouri diferite despre structura şi destinul nevrozelor. O definiţie unitară a nevroticului: nevroticul este o variantă extremă de individ care a rămas fixat la o treaptă primitiv-arhaic-infantilă a organizării instinctive sau a regresat la ea. Psihanaliza spune deschis că nevroticul regresează la o treaptă infantilă de satisfacere primitivă şi pervers-polimorfă a instinctului sexual. Neuroendocrinologia susţine acelaşi lucru pentru că nevroza striată înseamnă de fapt dominarea paleostratului, deci arhaicului, în clipa când neostriatul, cultura,

frânele civilizației, cenzura morală, cultul din om, nu mai funcționează. Eredobiologia spune că maladia nervoasă nevrotică este un rest de ereditate devenită sechelă, dacă nu anevrism, deci primitivism şi arhaism. Cert este că în esență ele urmăresc aceiaşi direcție.

Psihoza şi nevroza

Jaspers face diferențierea:

1. Nevrozele sunt anomalii sufleteşti care nu ating întregul persoanei, psihozele lezează omul în întregime;
2. Esențialul nevrozei stă în situația şi în conflictul pe care individul trebuie să le rezolve. Nevroticul întrebuințează mecanisme specifice care îi modifică trăirile într-un sens care nu survine la normali. Psihoza are şi origine ereditară şi exogenă;
3. Nevrozele cuprind două domenii de psihopatologie:
   - la nevrozele de organ, când simptomatologia lor merge exclusiv pe un aparat sau sistem;
   - psihonevroza, când simptomatologia este cu precădere psihică.

Psihozele cuprind un domeniu mai redus, structura lor psihopatologică permite mai lesne stabilirea unei limite mai mult sau mai puțin precise între bolnav şi sănătos. Fenomenul nevrotic, poate apare pasager şi la indivizi absolut normali.

4. Nici fenomenul nevrotic, nici cel psihotic, nu sunt simple exagerări, accentuări ale trăirii normale. Jaspers susține că fenomenul nevrotic şi cel psihotic se deosebesc de normal şi din punct de vedere calitativ.
5. Nevrozele sunt domeniul psihoterapeutului, psihozele țin de psihiatru.

Pentru Freud, diferențele între nevroze şi psihoze sunt:

1. Nevroza ia naştere în urma conflictului dintre Eu şi Sine. Psihoza ia naştere din conflictul dintre Eu şi lumea exterioară.
2. Nevroticul îşi pierde numai parțial sentimentul realității. Nevroticul nu vrea să ştie decât despre o bucată mică din realitate, exact cea la care se referă refularea lui personală, în timp ce psihoticul neagă întreaga realitate, iar în defavoarea realității care l-a refuzat şi pe ruinele ei, psihoticul îşi construieşte o nouă lume.
3. Nevroticul ajunge în situația sa paradoxală de bolnav din frica ca nu cumva porțiunea sa de lume pe care a refulat-o, să se întoarcă şi să-l indispună. Psihoticul refuză realitatea din frica ca nu cumva lumea ireală pe care şi-a construit-o să se prăbuşească.
4. Conflictul nevroticului poate fi adus la suprafață, numai prin munca psihanalitică îndelungată şi niciodată spontan. La psihotic, refularea poate fi recunoscută spontan de bolnav, fără nici un fel de rezistență.
5. Limbajul nevroticului rămâne intact; limbajul psihoticului se dezorganizează obligatoriu.
6. În asociațiile nevroticului domină relațiile Obiectuale, în cele ale psihoticului domină relațiile verbale, pur formale, comprimare, transformare, etc.
7. Nevroticul îşi formează surogate de Obiect prin asemănarea reală dintre Obiecte. Reprezentarea realității oricărui Obiect este păstrată la nevrotic mai mult sau mai puțin normal. La nevrotic, cuvântul acoperă realitatea. La psihotic, surogatul Obiectului nu are o bază faptică reală, se bazează doar pe asemănarea verbală, pe asonanța verbală. La psihotic, cuvântul şi realitatea nu au nimic în comun.

Testologia nevrozelor

După cum am văzut în test, psihoza se caracterizează mai ales printr-un mecanism anormal de defensă a Eu-lui. Paranoidul se definea printr-o totală proiecție exagerată cantitativ. Catatonicul avea o barare totală a Eu-lui şi a contactului. Melancolicul se caracterizează printr-o introproiecție, căutare eternă şi masochism. Mania, apare exagerat de cantitativă, devalorizarea tuturor valorilor

concomitent cu eliberarea de orice contact. Heboidul (hebefrenicul) se caracterizează printr-o devalorizare crescută combinată cu proiecție, dar şi un pericol instinctiv de tip exhibiționist.

Psihopatia apare experimental la test în aşa numita triadă psihopatică: sindromul plăcerii, pierderea centrului şi pluridimensionalitatea ventilelor instinctive. Caracteristica esențială a nevrozei la test, este discrepanța dintre margine şi centru. La margine, deci la sexualitate şi la instinctele de contact, nevroticul prezintă reacții imature, infantile, în timp ce la centru are un profil matur, supramatur, prea normal, sau reacții de cenzură exagerată. Aceste fapte dovedesc punctul de vedere a lui Freud referitor la etiopatogeneza nevrozei. Nevroticul este imatur şi infantil în sexualitate şi în modalitatea de a se pune în contact cu lumea, dar supramatur sau supraom în luarea de atitudine a Eu-lui.

Imaturitatea marginală a nevroticului	
În sexualitate	
Unitendința tandreței	S+/0
Unidendința sadismului	S0/+
Unitendința masochismului	S0/-
Eventual scindare diagonală, deci:	
Inversiunea scopului sexual	S+/- sau S-/+
Dificultăți în reacția sexuală	S±/- sau S-/±
Tendință la izolare sexuală	S0/0
Pentru comparație omul sexual normal	S+/+
În instinctele de contact	
Dorința infantilă de a sta în poala mamei	C0/0
Dorința nesăbuită spre infidelitate	C+/-
Legătură incestuoasă (analitate)	C-/+ sau C-/±
Legătură, dar cu anxietate	C0/+!!
Legătura cu două Obiecte	C+/+

La nevrotic, imaturitatea marginală, este dublată de un sentiment de culpă şi frică de pedeapsă.

Sentimentul de culpă al centrului				
	e	hy	k	p
Hipocondriacul	+	-	-	+
	0	-	-	0
	+	-	-	0
	0	-	-	+
	±	-	-	±
Inhibatul	-	+	-	+
	-	0	-	+
Obsesivul	±	0	±	0
	±	-	±	0
	0	±	0	±
	-	±	0	±
Istericul	+	+	-	0
	+	+	-	+
	+	+	-	±
Fobicul	+	0	±	±
	+	0	±	+

	+	±	±	±
Defensa Eului la nevrotic				
Inhibiție	Sch-/+			
Refulare	Sch-/0			
Înstrăinare	Sch-/±			
Izolarea	Sch±/0			
Integrarea nevrotică	Sch±/±			

Principiile unui diagnostic diferențial al nevrozelor ar fi următoarele:

1. Pentru nevroză pledează imaturitatea marginii şi centru cu inhibiție, refulare, înstrăinare, izolare, integrare sau orice mecanism de anxietate pe centru.
2. Psihopatia are întotdeauna anularea sau reducerea centrului, sindromul plăcerii şi un ventil instinctiv multidimensional.
3. Pentru psihoză este specifică proiecția totală sau interacțiunea cu scindare diagonală feminină sau cu multidimensionalitatea unitendinței (0/-), apoi devalorizarea accentuată, baraj la Sch şi la contact.

După concepția noastră, faptul că omul devine un psihopat sau nevrotic, depinde de felul în care el reacționează față de instinctele vitale ale marginii (S şi C), felul în care mijlocul se apără de ele (P şi Sch). În funcție de această concepție, noi clasificăm nevrozele pe baza modalității de apărare pe care diversele tipuri de nevroze le au:

A. Nevroze obsesive (sau nevroze ale Eu-lui);
B. Nevroze de surpriză (sau paroxismale).

În cazul nevrozei obsesive persoana foloseşte mecanisme egosistolice de apărare (negare şi introiecție), care duc în mod fatal la modificări grave ale Eu-lui, la formațiuni reactive (în sensul reacției de contrast de tip Freud), exact aşa cum se întâmplă la nevroza obsesivă malignă. La nevrozele de surpriză sau paroxistice persoana combină mecanismele de apărare ale Eu-lui cu mecanisme de tip paroxist, din grupul instinctelor paroxistice. Ea apără de pericolele care vin din domeniul instinctelor marginale (S şi C) cu mecanisme arhaice de surpriză (leşinul, de exemplu), cum ar fi furtuna motorie şi reflexul de postură adaverică. De aceea, simptomele capitale la aceste nevroze nu sunt modificările Eu-lui, ci paroxismul vieții afective. Din grupul nevrozelor paroxistice fac parte: isteria de conversie, isteria anxioasă (fobia) şi epilepsia afectivă. Ținem să subliniem că la nevrozele paroxistice există totuşi şi mecanisme de apărare ale Eu-lui, cum ar fi: inhibiția, refularea şi înstrăinarea, dar ele sunt combinate cu mecanisme de apărare de tip paroxistic, pur afectiv.

Nevroza obsesivă

Nevroza obsesivă este domeniul în care întâmpinăm cele mai mari dificultăți atunci când dorim să separăm formarea simptomelor de tip isteric, de fenomenul de defensă, apărare. Dar trebuie că în clinica psihiatrică exista o întrebuințare excesivă a termenului de Obsesiv. Diversitatea acestui termen este semnalată de Freud încă din 1926.

Janet, Lowenfeld, Bunke, Frieiman, Stekel, Kehrer, Sinder, au scris o serie de cărți pe tema obsesiei.

Complexul de fenomene ce alcătuieşte obsesia ne este în mare parte necunoscut. Fenomenul obsesiv poate fi privit din 3 puncte de vedere:

- Ca fenomen clinic;
- Ca manieră de formare a unui simptom;
- Ca mecanism de apărare.

Oboseala ca fenomen clinic: pentru Jaspers, obsesia este un fenomen psihic față de care ființa persoanei se apără, fenomen care este fără motiv, fără sens şi de neînțeles sau parțial de neînțeles. Dacă Eu-l îşi pierde capacitatea de opțiune a conținuturilor de conştiință, dacă un anumit conținut de conştiință persistă prea mult împotriva intențiilor persoanei – în focarul conştiinței,

persoana ajunge într-o postură de luptător față de propria sa conştiință, față de un fenomen pe care nu îl mai recunoaşte.

Jaspers indica fenomenele pe care le face Eu-l în fața acestei obsesii invadante, dar lasă problema deschisă în sensul că „de ce" este posedată conştiința împotriva voinței ei de un fenomen recunoscut ca absurd până şi de Eu. Binder crede că obsesia este o rezultantă a două componente: a psihismului deranjant şi a psihismului de defensă. Psihismul deranjant este pentru Binder o funcție mentală care deranjează printr-o trăsătură cu totul străină şi absurdă, o reprezentare, o trăire, o tendință sau un gând al conştiinței normale, al fluxului obişnuit al conştiinței.

Această tulburare, acest drenaj este conştient. Sub termenul de psihism de apărare, Binder defineşte o funcție mentală prin care Eu-l încearcă să refuleze şi să anuleze trăirea deranjantă. Dar cum Eu-l nu este în stare să anuleze complet trăirea deranjantă, el trăieşte o teribilă înfrângere, şi pe măsură ce această înfrângere este mai definitivă, conflictul nevrotic se transformă în scindare interioară chinuitoare. În orice obsesie există deci 2 antipozi categorici: un conținut de conştiință străin, absurd şi deranjant, - Eu-l care se apără. În aceste cazuri nu este încă vorba de impulsurile instinctive primare deranjante, de refulare, de regresie şi urmările acestei regresii în Eu. Eu-l simte energia psihismului deranjant ca ceva ce emană tot din el, din Eu. Există două fenomene care depind de Eu: reprezentarea absurdă conştientă şi defensa Eu-lui. Acest amalgam dă naştere trăirii obsesive. Pe baza acestor informații, diverşi autori consideră că, complexele de la care pornesc fenomenele obsesive, nu sunt refulate.

Obsesia ca manieră de formare de simptome. Pentru psihanalişti, orice simptom este concomitent cu semnul şi surogatul unei satisfacții instinctive reziduale, deci incomplet satisfăcute urmare a unei refulări. Freud desparte simptomele nevrozei obsesive în două grupe de diferite naturi, care sunt din punct de vedere al tendinței lor opuse:

Simptomele negative care sunt de defensă pură, de pedepsire a individului, foarte vechi din punct de vedere istoric, care se exteriorizează prin interdicții, măsuri de precauție şi ispăşire (penitență).

Simptomele pozitive, mai noi ca origine, care sunt satisfacții de surogat, mascate întotdeauna în haine simbolice, care, odată cu evoluția bolii, devin tot mai puternice, tot mai pe primul plan (formarea reactivă de contrast, după Freud). Cu timpul însă, Eu-l reuşelte să zăgăzuiască simptomele polare, interdicția şi satisfacția de tip surogat. Obsesivul va simți astfel interdicțiile şi ceremonialurile ca pe o satisfacție, exact după cum credinciosul bigot simte plăcere la canoanele pe care şi le autoimpune. În cazurile extreme, spune Freud, simptomele obsesive dobândesc alături de semnificația lor originară şi semnificația exact opusă şi astfel ia naştere cunoscuta ambivalență a obsesivului. Simptomul obsesiv este deci şi un simptom în 2 timpi. Aceasta vrea să spună: un anumit ordin îi este dat persoanei să facă o anumită acțiune, şi imediat urmează un al doilea ordin care împiedică prima acțiune pusă deja în mişcare. Din acest motor în 2 timpi şi din ambivalența consecutivă, Freud trage următoarele consecințe:

- Lupta împotriva refulatului este premergentă la obsesiv.
- În formarea simptomului obsesiv, un rol îl are Eu-l şi Supraeu-l.

Iată care este istoria formării simptomului obsesiv după Freud:

Refularea complexului Oedip (formarea simptomului isteric. Impulsurile libidinale ale complexului Oedip sunt exact ca la isterie, atacate foarte curând prin refulare. Refularea şi simptomul isteric sunt la nevroza obsesivă, ca şi la isterie, atacate foarte curând prin refulare. Refularea şi simptomul isteric sunt la nevroza obsesivă, ca şi la isterie, stratul prim, cel mai profund, în procesul de formare a simptomelor.

Slăbiciunea constituțională a organizării genitale: în această clipă intervine un factor constituțional care modifică direcția dezvoltării mentalității obsesive. Acest factor este slăbiciunea organizării genitale, care la obsesiv este atât de puțin rezistentă, încât cedează lesne mecanismului de defensă a Eu-lui, devine din nou confuză, nespecifică, arhaică.

Regresia: urmare a acestei slăbiciuni rezultă o regresie la treapta primitivă sadic-anală. Cealaltă posibilitate conform căreia defensa Eu-lui ar avea loc, încă în înflorirea fazei sadice, deci înainte de organizarea genitală (faza falică) este considerată de Freud mai puțin probabilă. Regresia

este deci o tehnică de apărare a Eu-lui şi primul rezultat pozitiv al luptei acestuia împotriva necesităţilor libidinale prea intense. Ceea ce se atacă, ceea ce constituie motivul apărării, este tot impulsul mare a complexului Oedip.

Formaţiunile reacţionare ale Eului: prin reacţie Freud înţelege cu totul altceva decât se înţelege în psihiatria clinică. Supraeu-l foarte sever şi strict distruge complexul Oedip, iar Eu-l foarte supus şi ascultător la comenzile Supraeu-lui dezvoltă fenomene reactive etice înalte. Formaţiunile reacţionare în sens Freudian sunt:

Scrupulozitatea, compătimirea şi puritatea, aceste fenomene fiind pentru Freud, consecinţele unor interdicţii ultrasevere a masturbării. Interdicţia masturbării este un fenomen clasic de ambivalenţă obsesivă. Pentru că în mentalitatea copilului masturbarea este un semn al virilităţii, iar acest semn este interzis, castrat. Interzicerea masturbării declanşează anxietatea de castrare, anxietatea de a-şi pierde masculinitatea care ia fost interzisă. Onania refulată reapare în Eu sub forma unei reacţii contrare contrastante şi care nu este altceva decât impulsul spre puritate şi curăţenie. Curăţenia este un fel de surogat de a-şi satisface dorinţa de masturbare. Curăţenia şi puritatea sunt reacţii la masturbarea interzisă. Această manieră de a face reacţii de contrast este doar o exagerare cantitativă a unei forme normale de proces care ia naştere la formarea caracterului. Formarea unor astfel de reacţii contrastante este un mecanism obsesiv specific.

Ceremonialul obsesiv: formaţiile reacţionare Freudiene nu sunt altceva decât defense faţă de tentaţiile masturbării. Această reacţie apare ca o exagerare etică în forma scrupulozităţii şi compătimirii, dar şi ca o atitudine moral-estetică în forma curăţeniei, purităţii şi a ceremonialului făcut la adormire, spălat şi îmbrăcat.

Repetiţia şi înclinarea spre pierdere de timp: în orice ceremonial, Freud, vede o sublimare a componentei anal-erotice. În pubertate, lupta împotriva sexualităţii este continuată sub drapelul moralei. Din inconştient erup energii sadice, groaznice, şi persoana nici nu bănuieşte că în timp ce ea luptă împotriva acestor agresiuni din inconştient, nu face altceva decât să se regreseze la nivelul tendinţelor împotriva cărora luptă. Formaţiunea reactivă îşi atinge apogeul în pubertate. Cele două modalităţi de defensă care urmează: magia negativă şi izolarea, sunt variante ale unor surogate.

Magia negativă (a face ca şi cum nu s-ar fi întâmplat ceva): este un surogat de refulare prin care obsesivul încearcă să faţă totul aşa ca şi când nici nu ar fi avut loc ceva foarte important pentru el. În aceste cazuri nici nu se ajunge la trăire sau la consecinţele ei pentru că în obsesiv, faptul însuşi este anulat ca şi cum nici nu s-ar fi întâmplat. Magia negativă se manifestă în diverse moduri. La simptomele în 2 timpi, ea apare clar în anularea primului timp prin al doilea. Ceremonialul obsesiv poate fi redus din două rădăcini. Prima rădăcină este prevederea şi prudenţa raţională ca ceva să nu se întâmple. A doua este dorinţa de a face aşa ca şi cum nu s-ar fi întâmplat ceva. La aceasta ajută foarte mult ceremonialul obsesiv care este ca o cale magică pentru a risipi ca o amăgire un eveniment psihic real. Dar tot magie negativă este şi automatismul de repetiţie pentru că în el, spune Freud, o trăire traumatizantă este anulată sau anihilată pe calea unui act motor, în aşa mod, încât persoana repetă obsesiv o anumită acţiune pentru ca ocuparea la infinit a timpului să reuşească să evite fenomenul nedorit.

Izolarea: este un fenomen tipic obsesiv care constă în acţiunea care aduce după sine o întrerupere a lanţului percepţiilor şi comportamentului, în anumite puncte, intervenind brusc o pauză. Această pauză este făcută atât după o întâmplare neplăcută, dar şi din senin, cu de la sine putere nevrotică. Izolarea se manifestă fie ca denudare a unei trăiri de orice afect pe care l-a avut, fie prin întreruperea oricărei relaţii asociative sau a unei trăiri pe care altfel nu are cum să o uite (cum face istericul). Aceasta înseamnă că bolnavul disociază în procesul său de gândire, tocmai acolo unde este evident că fenomenele ar trebui să fie coerente, pentru că izolarea este tocmai „o garanţie nevrotică" că pauza magică necesară va putea fi susţinută. Bolnavul izolează de obicei cele mai fiziologice polarităţi, cum sunt trăsăturile sexuale. Izolarea are de altfel multe relaţii, şi cu modalitatea normală de funcţionare a gândirii. Mecanismul de izolare, în procesul gândirii la obsesivi are multe analogii cu felul în care gândirea normală se concentrează (atenţia). Atât doar că obsesivul izolează cu precădere ambitendinţe periculoase (complexul Oedip cu ideea de Dumnezeire) şi îşi accentuează pauzele prin mecanismele motorii tot mai pronunţate pe cale

magică. Tabloul atingerii este după Freud, unul din legile cele mai vechi şi caracteristice pentru obsesivi. Interdicţiile obsesive de atingere a penisului sau a oricărui contact corporal, sunt mecanisme de defensă împotriva necesităţii sexuale prohibite, cât şi împotriva tandreţii Oedipale şi necesităţilor regresive de tip sadic. Dar izolarea, spune Freud, este încetarea oricăror posibilităţi de contact, un mijloc de a se eschiva de orice atingere, şi chiar dacă nevroticul izolează o impresie, hotărâre sau acţiune, el ne lasă să înţelegem în mod simbolic că nu mai doreşte ca gândurile sale să ajungă în relaţie asociativă cu altele. Din ambivalenţa obsesivului face ca el să fie silit să facă tocmai contrariul, să fie constrâns să tot atingă anumite lucruri, să ajungă la ceremonialul obsesiv.

Beneficiul nevrotic: dar, odată cu formarea simptomelor, lupta de defensă a Eu-lui nu este încheiată. Numai în cazul conversiei isterice Eu-l poate să se declare mulţumit, în clipa în care impulsurile periculoase din sine nu au fost aglutinate, turnate în simptome. Dar de cele mai multe ori, şi mai ales la obsesivi, lupta continuă sub forma unui mecanism secundar de apărare. În acest al doilea război, Eu-l nu mai luptă cu impulsurile instinctive, din Sine, ci cu simptomele însăşi. Simptomul este doar un corp străin care dă reacţii de un anumit tip în ţesutul sănătos în care s-a fixat. Obsesivul simte în fiecare simptom o senzaţie de corp străin. Dar, atitudinea sa faţă de simptom este scindată datorită ambivalenţei. Pe de o parte, Eu-l obsesivului se străduieşte să anuleze reprezentările deranjante, dar, pe de altă parte, el confirmă tocmai acele simptome care i-au naştere pe calea formării reactive şi care măgulesc narcisismul sau şi acesta, mai ales atunci când este vorba de tendinţa spre puritate, curăţenie, scrupulozitate, compătimire. Aceste simptome îi dau iluzia obsesivului că el ar fi mai pur, mai bun şi mai deosebit decât ceilalţi. Aceste consecinţe ale simptomelor, Freud le numeşte „beneficiul nevrotic secundar". Prin aceasta, obsesivul înglobează în persoana sa, simptomul şi prin aceasta îl fixează definitiv.

Din cauza acestui beneficiu secundar narcisic, mulţi obsesivi nu mai pot renunţa la obsesiile lor care le linguşesc narcisismul egolatru. Cu timpul, Eu-l şi simptomul obsesiv fraternizează, dar în ciuda acestei legături, simptomul continuă să deranjeze existenţa, să declanşeze din partea Eu-lui cele mai diverse metode de apărare.

Etapele unui simptom nevrotic obsesiv:

1. Refularea complexului Oedip cu simptome isterice consecutive care rămân în straturile cele mai de jos a viitoarelor simptome;
2. Slăbiciunea constituţională a organizării sexuale;
3. Supraeu-l sever;
4. Frica de castrare, interdicţia masturbării;
5. Ambitendinţa;
6. Regresie la faza anală;
7. Formaţiune reacţionară de contrast: puritate, curăţenie, scrupulozitate, ceremonial, impuls de repetiţie, tragere de timp;
8. Magia negativă;
9. Izolarea: interdicţia contactului, apărarea de masturbare şi agresivitate prin intermediul pauzei pasive;
10. Beneficiul nevrotic secundar, care satisface un narcisism vechi, mereu respins pe alte căi şi care nu mai poate jubila.

Pentru Binder, un fenomen obsesiv important este psihismul deranjant. Prin intermediul lui individul simte diferite conţinuturi de conştiinţă ca fiind străine şi absurde, fenomen ce are loc majoritar, în plan sufletesc, rar în plan spiritual. Faptul că tendinţele devin conştiente şi că Eu-l intenţionează să distrugă activitatea deranjantă, este dovada că la obsesiv Eu-l nu luptă împotriva unor impulsuri venind din sine (deci complet instinctiv-inconştient), ci împotriva unor fenomene şi activităţi sufleteşti. Acolo unde lipseşte conştiinţa propriei capacităţi a Eu-lui, nu poate fi trăită nici ideea falimentului său. Pasivitatea Eu-lui nu este punct de plecare a fenomenului obsesiv, de aceia nu vorbim de percepţii obsesive, sentimente, senzaţii, halucinaţii, afecte, instincte obsesive, pentru că prima condiţie ca o activitate obsesivă să poată exista, este activitatea Eu-lui. Deci, stratul instinctiv al existenţei nu poate sta la originea obsesiei. Opinia lui Binder este opusă celei a

psihologiei instinctive. La Binder există următoarele momente pentru ca fenomenul obsesiv să poată lua naştere:

a. Relativa izolare a reprezentărilor şi acţiunilor de motivaţia lor;
b. Caracterul odios, trivial al reprezentărilor;
c. Tensiunea dinamică enormă;
d. Dominanţa de nebiruit a conţinutului obsesiv;
e. Sarcina afectivă primară;
f. Inerţia exagerată care duce, fie la infinita repetiţie, fie la ruminaţie de tip păianjen;
g. Modificarea noţiunii de timp trăit;
h. Din cele de mai sus ia naştere trăirea de corp străin.

La toate acestea se mai adaugă o deosebită claritate a conştiinţei referitoare la orice fenomen obsesiv, o obiectivare crescută a oricărui conţinut de trăire. Prin dispoziţie constituţională pentru obsesiv, Binder înţelege o tendinţă spre dezintegrare, sau o slăbiciune a puterii de integrare a instinctelor de supravieţuire. Această constituţie, este mult anterioară simptomului obsesiv şi condiţia sine qua non a acesteia. Ceea ce Binder denumeşte „constituţie anancastă" constă dintr-o predispoziţie globală pentru scindări dezintegrative la nivelul tuturor straturilor persoanei, plus anxietate şi temperament mereu reţinut, înfrânt. Dar această constituţie anankotropă duce la formarea de obsesii numai atunci când înclinaţia pentru dezintegrare este copleşitoare, când ea cuprinde şi instinctul perseverării. Aceasta înseamnă că diferite funcţii înalte au la aceşti oameni capacitatea de a atrage de partea lor instinctul de perseverare, că asemenea instincte parţiale se fixează mult prea repede în limita funcţiilor superioare, mai ales că nu se mai poate reintegra, de vreme ce există o slăbiciune constituţională a capacităţii psihice de integrare. Această integrare nu se poate produce nici atunci când aceste funcţii superioare nu mai sunt de mult în slujba întregii persoane. De aici rezultă stereotipia, repetarea şi izolarea obsesivă. Repetarea unei funcţii, în sensul lui Binder, înseamnă doar expresia dinamică a faptului că o puternică tendinţă de perseverare s-a cuibărit în respectiva funcţie.

S-a amintit că instinctul de perseverare şi cu instinctul de transformare, semnifică în sistemul nostru factorul „d". Funcţia pozitivă a lui „d" este denumită de Hermann tendinţa „a pleca în căutare" (în căutarea altui Obiect=instinct de transformare), iar contrariul este funcţia negativă adică „cramponarea de toate Obiectele". Deci, obsesivii au necesitatea „d", dezintegrata ei, fiind după Freud, anali. Acest lucru se va demonstra la cazurile obsesive prin formula simplă „d0". Şi Binder este de părere că psihopatul anancast are o puternică funcţie homosexuală pasivă sau activă, deci agresivă, şi o fixare anală. Deci ceea ce Freud numea regresia pe treptele anal-sadice a obsesivului.

Obsesia ca mecanism de apărare

Obsesia nu este numai un simptom conştient al Eu-lui, ci şi o modalitate de apărare inconştientă a Eu-lui. Obsesia nu este doar o activitate conştientă a Eu-lui, ci şi o funcţie inconştientă a lui, prin care el se apără de incitaţii instinctive, periculoase. În concepţia psihanalitică, relaţia dintre obsesie şi mecanismele de apărare, nu este atât de simplă ca relaţia dintre refulare şi un simptom isteric. Freud a insistat mult asupra fenomenului de apărare, pentru că şi-a dat seama că doar cu simpla noţiune de refulare, obsesia nu poate fi lămurită. Refularea joacă un anumit rol doar la începutul formării fenomenului obsesiv, atunci când complexul Oedip este deranjat: la băieţi ura faţă de tată, iar la fete, ura faţă de mamă şi refularea invidiei de penis. Dar, această simplă refulare a complexului Oedip nu oferă înţelegerea simptomului obsesiv. În ciuda acestei refulări primare, procesul patologic continuă. Eu-l se apără împotriva unei eventuale reîntoarceri a fenomenelor refulate prin regresia la o treaptă sadic-anală. Dar exigenţa şi drepturile agresive şi anale nu rămân întotdeauna conştiente pentru că sunt de multe ori izolate. Cu aceste 3 maniere de apărare: refulare, agresiune şi izolare, pericolul instinctiv care-l paşte pe obsesiv nu este încă rezolvat. Persoana este silită să asigure reacţiile de apărare printr-un efort de durată. Freud numeşte activitatea de asigurare împotriva reîntoarcerii unui pericol instinctiv: contraocupare. Modificarea Eu-lui şi formaţiunile reacţionare de contrast, sunt manifestări ale acestei

contraocupări. Formaţiunile reacţionare sunt întăririle a acelor luări de atitudine care sunt opuse direcţiei instinctive care tocmai a fost refulată. Refularea ideii de murdărie prin masturbare, declanşează opusul: curăţenie, puritate morală. Aceasta vrea să spună: Eu-l se asigură împotriva exigenţelor murdare, anale, prin curăţenie excesivă, împotriva agresiunii prin compătimire, abnegaţie, devotament, altruism, grijă excesivă şi tandreţe exagerată. Toate aceste formaţiuni reacţionare sunt exagerarea trăsăturilor normale de caracter şi iau naştere în urma acţiunii de contraocupare a Eu-lui. Celor 3 modalităţi de defensă, li se asociază a patra: formarea proceselor reactive de contrast. Al cincilea mecanism de apărare, Freud îl consideră magia negativă. Defensa obsesivului este deci opera a 5 funcţii a Eu-lui. Cele 5 mecanisme de defensă nu sunt utilizate sincron, astfel că obsesivii se deosebesc între ei tocmai în funcţie de mecanismul utilizat mai mult în procesul de defensă. Din această cauză, fenomenul este foarte divers sub raport clinic, de aceea observăm multe fenomene obsesive, dar mai ales din această cauză, diverşi autori răspund divers la întrebarea: conflictul obsesiv este conştient sau inconştient? Freud, era dispus să creadă că atât refularea de la începutul procesului obsesiv este inconştientă, dar şi că mecanismele de apărare a Eu-lui sunt inconştiente. Apoi el crede că preliminarele patogene ale obsesiilor nu sunt uitate de bolnav, ele rămân conştiente, dar sunt izolate de bolnav, iar aceasta duce la acelaşi rezultat ca şi amnezia isterică. Binder crede acelaşi lucru când spune că orice complex obsesiv nu este refulat, ci doar scindat de persoană. Obsesivul cunoaşte complexul, acesta nu este refulat, dar cunoaşterea nu mai este adegvată pentru că corelaţia conflictului cu restul persoanei este împiedicată, deci nu mai poate fi trăit. Termenii cei mai diverşi întrebuinţaţi sunt: scindare, încapsulare, adumbrire, izolare. Această izolare înseamnă clinic că avem impresia că o parte a conflictului este inconştientă, dar ca formaţiune surogat, deci ceea ce apare la suprafaţă în urma regresiei, este totuşi cumva conştient, atât doar că acest surogat este barat şi deplasat cu ajutorul mecanismelor de apărare ale Eu-lui cum ar fi: mecanismul reactiv, izolarea şi magia negativă.

Pentru Analiza Destinului, obsesia, nu este numai un simptom clinic, ci şi unul dintre cele mai serioase mecanisme de apărare ale Eu-lui. Ca mecanism de apărare, obsesia este compusă din două funcţii inconştiente ale Eu-lui, funcţii care acţionează încrucişat şi suprapus şi care, ca urmare a acestei ciudate cooperări, dă naştere la ceea ce noi numim clinic obsesie. Cele două funcţii suprapuse şi încrucişate ale Eului care generează obsesia sunt:

a. Refularea;
b. Introiecţia (încorporarea).

Reacţia Eu-lui la obsesie În funcţie de necesitatea periculoasă, obsesia poate avea 4 variante	**k±**
1. Necesitatea periculoasă este complet eliminată deja din dorinţa conştientă	Sch±/0
2. Necesitatea a fost proiectată	Sch±/-
3. Ea mai există şi acţionează prin inflaţia Eu-lui	Sch±/+
4. Idealul feminin a fost integrat celui masculin prin mecanismul obsesiv	Sch±/±
Mecanismul obsesiv clasic	
Eu-l obsesiv clasic	Sch±/0
Dacă refularea mai există în Eu	Sch-/0
Dacă Eu-l este trecut deja prin introiecţie	Sch+/0
Suprapunerea refulării	Sch-/0
Suprapunerea introiecţiei	Sch+/0
Eliminarea intenţiei criminale sau a celei libidinale din dorinţa conştientă	p0
Eliminarea se poate face prin negare	k-
Dar şi prin înglobare-încorporare-introiecţie	k+
Iată de ce obsesivii sunt ambivalenţi	k±
Refularea unei tendinţe periculoase poate fi numai parţială (agresiunea)	Sch-/0
Cealaltă tendinţă (pasivitatea, masochismul, autosabotajul) poate fi acceptat deci, introiectat	Sch+/0
Dar necesităţile interzise, deci analitatea şi sadismul	d0, s0
Pot fi refulate şi inconştiente	Sch-/0

Pe baza celor experimentate cu testul, putem recunoaşte că Freud avea dreptate când spunea că la obsesivi refularea joacă istoric un rol primar, dar când marea majoritate a simptomelor iau naştere prin introiecție, prin încorporare în Eu, toate necesitățile interzise dispar din conştiință, dar surogatele lor sunt încorporate, introiectate. Prin introiecția simptomelor, a surogatelor şi contraocupării ia naştere, pe de o parte formațiunea reacționară, pe de alta încapsularea, barajul, scindarea conținuturilor de conştiință, generatoare de conflict (p0). Introiecția în sine este un fenomen inconştient. Dar de vreme ce funcția Eu-lui (k+) este în acelaşi timp o acțiune conştientă, modalitatea în care persoana ia cunoştință este modificată tocmai prin introiecție. Introiecția surogatului refulării primare, la care trebuie să adăugăm şi tendințele sadice şi anale devenite libere în mod secundar prin regresie, face absolut inutilă combinarea la infinit a diverselor mecanisme de apărare cum ar fi formațiunea reacționară, izolarea, magia negativă, pentru că toate aceste posibilități ale Eu-lui de a-şi forma simptome sunt doar consecința introiecției.

Etiopatogeneza obsesiei poate fi bine înțeleasă în varianta simplificată ce conține doar două mecanisme de bază: refularea şi introiecția. Apărarea obsesivă este suprapunerea şi încrucişarea refulării prin introiecție. Şi mai ales nu trebuie uitat că obsesia nu este doar simptom, ci şi mecanism general de apărare valabil al Eu-lui.

Forma clasică a mecanismului obsesiv (Sch±/0) presupune 3 condiții caracteristice:

- Evacuarea: p0;
- Refularea: k-/p0;
- Introiecție totală: k+/p0.

Obsesia se poate întâlni cu proiecția în reacția de fugă, refugiu: Sch±/-, în care dătător de ton este proiecția (p-), în care persoana constrânge proiecția paranoidă cu negarea (k-), dar şi cu confirmare concomitentă (k+), deci cu ambivalența obsesivă. Este vorba de una din fazele preliminare ale oricărei reacții paranoide care erupe în forma ei pură de abia când frâna obsesivă este complet distrusă, deci când din „Sch±/-„ persoana devine „Sch0/0”.
În acest fel, dintr-un piroman obsesiv poate deveni un paranoid manifest.

Obsesie şi inflație (Sch±/0). Acest mod de apărare aparține aşa-numitor tehnici de deflație în care inflația (p+) este barată prin intermediul mecanismului obsesiv (k±). Acest mod de apărare apare clinic în obsesia gândirii, gânduri obsesive şi activitate obsesivă.

Obsesie şi integrare. (Sch±/±). În fond la orice mecanism obsesiv, pericolul de combătut este Eul feminin care stă pe planul doi (Sch0/±). La cazurile de obsesivi gravi (Sch±/0) idealul feminin (p+) este făcut inofensiv prin obsesie (k±). în cazul integrării, Eul îşi păstrează idealul feminin în sine (p±), dar prin obsesie (k±). În felul acesta, prin suprapunerea Eului feminin (p±) cu Eul masculin (k±), ia naştere Eul perfect integrat (Sch±/±). Dar un asemenea Eu integrat este foarte rar lipsit de simptome clinice. De cele mai multe ori Eul perfect integrat produce fantezii obsesive, catastrofice, care pot duce la fobii clinice clasice. Este cert că unde apare formula clasică a obsesiei k±, pot apare fenomene clinice obsesive de un anumit fel. Tabloul clasic de Sch±/± este cel mai frecvent la acțiunile obsesive. Celelalte trei variante Sch±/-, Sch±/+, Sch±/± survin în reprezentarea obsesivă din gândirea obsesivă şi obsesia fobică. Să mai amintim că împrejurările aşa-zis normale, mecanismul de apărare de tip obsesie reprezintă Eul masculin şi duce la formarea caracterului masculin normal. Este firesc deoarece, ceea ce este numit Eul masculin este:

- Eliminarea excitanților neplăcuți din conştiință (p0)
- Negarea unei componente pereche (k-)
- Dar şi acceptarea şi introiectarea restului (k+).

Testologia obsesivului

Rezolvarea anatomiei instinctive arată tendința de izolare (scindare verticală), iar în cazurile extreme următoarele necesități sunt inclavate în fundal:

În fundal		
Analitatea	tendințe izolate	d0
Feminitatea		p0
Exhibiționismul		hy0
Deseori şi sadomasochismul		s0
Pe primul plan sunt următoarele tendințe ambivalente		
Îndoiala contactului		m±
Îndoiala deciziei		k±
Dubii morale		e±
Îndoială erotică		h±

.

În practică, aceste cazuri de izolare extremă, apar destul de rar. De obicei, izolare totală găsim numai la 2 dintre vectori (±, 0), iar la ceilalți apare o tendință triplă (±, -), care ascunde însă factori potențiali, tendința la izolare.

În general, obsesivul are mulți **factori simptomatici**	k±, e±, m± d0, hy0, p0
Şi puțini **factori radicali**	s-, h+
Pericolele instinctive sunt la obsesivi	
Pericol de izolare afectivă	P±/0
Pericol de izolare la Eu	Sch±/0
Pericol de izolare la contact	C±/0 sau C0/±
Pericol de izolare erotică	S±/0

Pentru nevroza obsesivă este caracteristic faptul că de cele mai multe ori nici un factor nu intervine asupra tensiunii instinctului. Din această cauză intervine un alt mare pericol la obsesiv, şi anume că el nu-şi poate rezolva ambivalența etică, a Eului şi cea de contact, deci el nu se poate descărca la: m, k, hy, h. În schimb, în alte domenii cum ar fi: s, p, şi d, obsesivul prezintă o tendință patologică la descărcare orgiacă. Dar nu este vorba de o descărcare firească, ci de una care se canalizează mereu în simptome.

Astfel, analitatea se transformă în obsesia curățeniei d0, feminitatea p0 în acțiuni feminine: curățit, fiert, cumpărat, iar impulsul exhibiționist hy0 în ceremonial obsesiv.

Formula obsesivă clasică:

k	**e**	**m**	**h**	**hy**	**p**	**d**	**s**
±	±	±	±	0	0 (-)	0	0 (-, +)
Domeniul îndoielii				Domeniile formării simptomelor			

Centrul anancastului	e	hy	k	p
Nevroza obsesivă clasică	±	0	±	0
Impulsuri obsesive (de obicei la homosexualitatea latentă)	0	±	0	±
Diverse **mecanisme de apărare ale Eului**				
Izolare obsesivă a feminității	Sch±/0			
Refugiu, fugă	Sch±/-			
Refulare	Sch-/0			
Inhibiție (la care domină izolarea cu obsesia)	Sch-/+			
Contactul la obsesivi	C± sau C±/0			
Mai rar, reacții la nestatornic	C0/-			

Legătură anxioasă	C0/+
Infidelitate	C+/-
Baraj al contactului	C-/-
Sexualitatea obsesivului	
Scindare diagonală feminină	S+/-
Ambivalență erotică cu masochism	S±/-
Masochism pur	S0/-
Afectivitatea obsesivului	
Domină îndoiala etică	P±/0
Anxietatea mustrărilor de conştiință	P+/-
Anxietate la relație senzitivă	P0/-

Lege la obsesivi: obsesivul *are foarte mulți factori simptomatici* (adică ± şi 0), *dar foarte puțini factori radicali* (+, -).

Caz clinic obsesiv:
Bărbat, 35 ani, sculptor, foarte inteligent, complet incapabil de orice activitate, 10 examinări:

h	s	e	hy	k	p	d	m
±	0	±	0	-	-	0	+
±	-	±	0	±	0	0	+
+	-	±	0	-	0	0	±
+	-	±	+	±	0	0	±
±	-	±	+	±	0	0	±
+	-	±	0	±	0	0	±
+	-	±	0	±	-	0	±
+	-	±	0	±	0	0	±
+	-	±	+	±	0	0	±
+	-	±	0	±	0	0	±

Factori simptomatici: e0, ±, m±, d0, p0
Factori submanifeşti: hy0, k±
Factori radicali: h+, s-
Centrul: e±, hy0, k±, p0
C.T.T.: 0/±=26/29=0,89

Nevrozele paroxistice

(Numite de Szondi şi "nevroze de surpriză" la care intră: isteria de conversie, isteria anxioasă, fobia şi epilepsia afectivă).

Isteria

Aproape toate teoriile despre isterie lasă să se întrevadă că în cazul isteriei este vorba de reapariția pe primul plan al unor mecanisme preformate, deci arhaice.

Teoria lui Kraepelin, istorică şi evolutivă, afirmă că simptomul isteric este o modalitate de reacție existentă în evoluția istorică a omului, şi deci pasibilă de reapariție la oricine.

Teoria lui Freud, care scoate pe primul plan boala ca scop, este complet opusă cu cea a lui Kraepelin, pentru că este de părere că în spatele fiecărui simptom isteric se ascunde o tendință personală: voință spre boală, refugiul în boală, deci, boala ca scop în sine.

Teoria lui Kretschmer despre isterie îi recunoaşte pe ceilalți 2.
Mecanismele isterice sunt biologic preformate, dar sunt scoase la suprafață personal tendințele, şi cu un anumit scop.

Simptomele isterice principale sunt: hipnoidul, stuporul, criza, tremurul, toate acestea fiind deductibile din mecanisme arhaice, animale, care au fost odată mecanisme de apărare ale individului şi ale speciei. Pentru Kretschmer, este isteric numai acel simptom care se foloseşte de mecanisme preformate, instinctive, reflexe sau biologic simple.

Pentru isterie este esențial:

(1) mobilizarea mecanismelor biologice arhaice;

(2) Tendința (tendentismul).

O acțiune tendențioasă care este lipsită de mecanisme arhaice, mobilitate adhoc, nu mai este isterică, cum ar fi de exemplu simularea sau agravarea la o nevroză recentă. Invers, un complex nu este isteric dacă se foloseşte de mecanisme preformate, fără să existe o tendențiozitate, un scop, aşa cum se întâmplă în nevrozele de spaimă, la panică.

Mecanismele de defensă arhaică (Kretschmer):

Furtuna motorie: este o exagerare firească a animalului aflat în pericol vital. Apare la panică şi furie, funcțiile psihice superioare se inhibă, deci regresia este evidentă. Clinic arată astfel: mişcări dezordonate, țipete, tremur, crampe musculare, crize afective furtunoase, predispoziție la repetare. Când unul din simptomele furtunii motorii se fixează cronic, vom vorbi despre o conversie secundară: afazie, astazie, contracturi.

A face pe mortul: (termenul aparține lui Babak). Este o apărare de mare pericol prin: imobilizare (catalepsie), ascundere (criptolepsie), sau stare hipnoidă (narcolepsie.

Schimbarea culorii (la om: roşire, paliditate).

Pentru Analiza Destinului toate aceste mecanisme arhaice de apărare nu sunt altceva decât expresia unui instinct arhaic, de surpriză, paroxistic. Instinctul paroxistic are drept menire să apere organismul în fața unui pericol, prin derutarea inamicului, prin elementul surpriză. Deci, acest instinct de surpriză este unul de apărare animalică, care îşi atinge scopurile cu două necesități instinctiv cuplate. Acestea sunt:

a. Acumulare de afecte grosiere şi descărcarea lor ulterioară prin explozie paroxistică (factorul "e").
b. Necesitatea de a se ascunde (hy).

Prin suprapunerea şi încrucişarea acestor vechi necesități instinctive ia naştere instinctul de surpriză, care este un instinct de apărare. Mecanismele de apărare de tip isteric trebuie căutate deci în factorul "p", iar în baza oricărui fenomen isteric trebuie căutată în reacția paroxistică a acestui vector.

În ceea ce priveşte condiționarea din partea Eu-lui, a isteriei, deci tendențiozitatea, ea trebuie căutată în vectorul "Sch", pentru că fără tendențiozitate, deci fără o apărare inconştientă din partea Eului nu există isterie.

Isteria ia naştere prin cuplarea unei formule paroxistice tipice cu o formulă de apărare a Eului. Cel mai frecvent mecanism la nevrozele paroxistice prin înstrăinare (adică Sch-/±). Spre deosebire de depersonalizare, la isterie, înstrăinarea nu intră complet în funcție, ci numai parțial. Istericul nu se deconectează de lume numai printr-un anumit sector al percepției şi al senzației. Conversia este tocmai rezultanta acestei înstrăinări parțiale. Anauroza, ptoza, abazia isterică se bazează pe două mecanisme de apărare:

- Postură de cadavru, parțială;
- O înstrăinare parțială a senzației şi a percepției.

Analgezia, anestezia isterică, tulburările de câmp vizual, sunt toate rezultante pe de o parte, a aplicării reflexului de rigiditate cadaverică (parțial), iar pe de alta, a funcției de înstrăinare a apărării Eului. Diferența dintre apărarea animalelor (cu aceleaşi reflexe) şi complexul isteric, este următoarea:

- Animalul foloseşte mecanismele de defensă biologică față de pericole reale externe; istericul le foloseşte față de pericolele externe şi interne, deci şi față de impulsuri de tip Cain (isterie, isteroepilepsie) sau față de impulsuri homosexuale prin furtuna motorie şi reflex de postură cadaverică.
- La animal, mecanismul de apărare care se exteriorizează ca furtuna motorie şi reflexul de postură cadaverică se bazează exclusiv pe instinctul de surpriză. La isteric, apare şi aceasta, dar mai prezentă şi o apărare care ține de mecanismul Eului (înstrăinare, integrare sau dezintegrare).

Pentru fobie este caracteristică cuplarea dintre integrare cu un mecanism paroxistic de surpriză, adică: "Sch-/±" sau "Sch±/+". Dar şi în cazul mecanismului fobic, individul utilizează două mecanisme de defensă:

- torent afectiv intens (flux) P+/+ sau P+/0 urmat de reflux afectiv: P0/0;
- integrare: Sch±/+ sau Sch±/±.

Din punct de vedere testologic, înţelegem prin integrare, acea formă de apărare a Eului în care individul încearcă să se apere de acele pericole instinctive marginale "S" şi "C, în aşa manieră încât dilemele marginalului (S±/±, S±/+, S-/± şi S±/- sau C±/±, C±/+, C-/± şi C±/-) să se înglobeze în propriul Eu. În acest fel orice pericol marginal este stins,, dar pericolul în Eu devine enorm. În cazul unei asemenea integrări, persoana este silită să uzeze în mod maxim de toate frânele Eului pentru a nu-şi pierde Eul şi conştiinţa. Acest mod de a sta mereu cu piciorul pe frână este specific pentru fobic.

Dezintegrarea. Specifică pentru istero-epilepsie şi pentru epilepsia genuină (Sch0/0), este acea formă de defensă a Eului, în care Eul se predă complet pentru a se putea salva cumva de pericol (postura cadaverică în Eu; Sch0/0). Dar înainte de fiecare fază de dezintegrare, trebuie să existe, sau să presupunem, una de integrare. În cazul că persoana nu mai poate utiliza frânele, sau dacă prin integrare apărarea nu mai poate fi obţinută, atunci intervine falimentul total al Eului, pierderea conştiinţei "Sch0/0". În istero-epilepsie şi în isteria genuină, dezintegrarea se combină întotdeauna cu un mecanism proxim de apărare. Exigenţa supusă de obicei apărării, este de obicei impulsul lui Cain, deci dorinţa de a ucide pe cineva. Dar în loc să ucidă pe cineva în exterior, bolnavul îşi îndreaptă toată agresivitatea împotriva propriei persoane. Posibilitatea de a ucide, atât în istero-epilepsie, cât şi în isteria genuină, este evitată cu ajutorul a două mecanisme de apărare:

- Descărcarea afectivă în factorul e; deci, din P-! devine P0/-.
- Prin pierderea Eului, absenţă sau leşin: deci, din Sch-/+ sau Sch±/± devine Sch0/0.

În acest sens, falimentul total (momentan) al Eului este tot o modalitate de apărare în faţa unui mare pericol. Deci, despre nevrozele paroxistice, dar mai ales despre isterie, putem spune:

1. Toate nevrozele paroxistice (conversia, anxietatea, fobia şi epilepsia afectivă) sunt nevroze la care pericolele instinctive sunt apărate şi blocate prin două mecanisme:
   - Mecanism paroxistic de surpriză;
   - Mecanism de apărare tip Eu;

Isteria, epilepsia afectivă şi fobia sunt maladii înrudite.

2. Mecanismele de apărare paroxistică sunt	
Furtuna motorie	P+/+
Cu descărcare totală ulterioară (deci, după criza "hy")	P0/0
Anxietate de tip panică cu reflex de imobilitate cadaverică	P-/-
Cu descărcare afectivă în epilepsia afectivă	P-/0, P0/-, P0/0
3. Mecanisme de apărare ale Eului în nevrozele paroxistice sunt	
În isterie:	
▪ Înstrăinare	Sch±/±
▪ Inhibiţie	Sch-/+
▪ Refulare	Sch-/0
În fobia prin integrare	Sch±/± sau Sch±/+
Dezintegrare în epilepsia afectivă	Sch0/0
4. Diverse forme de nevroze paroxistice iau naştere prin cuplarea diferitelor **mecanisme de defensă paroxistică şi de defensă a Eului**: isteria de conversie face flux şi reflux afectiv, dar şi înstrăinare	
Flux şi reflux afectiv	P+/+, apoi P0/0
Înstrăinare	Sch-/±
Fobia:	
▪ unitendinţa bunelor intenţii	P+/0

▪ cu integrarea Eului	Sch±/± sau Sch±/+
Istero-epilepsia sau epilepsia afectivă	
▪ stăvilirea (stocarea) afectelor	P-/-
▪ cu descărcarea afectelor dure	P0/-
▪ dezintegrare, leşin, Eu abolit	Sch0/0

Sindromatica isteriei de conversie

Isteria de conversie este acea nevroză paroxistică în care individul caută să se apere de incitațiile periculoase ale propriei sale vieți instinctive, pe de o parte, printr-o înstrăinare a unor porțiuni a propriului corp, pe care le elimină din sfera senzației şi a percepției sale personale, pe de altă parte, prin flux şi reflux afectiv. Exigența periculoasă este de cele mai multe ori agresivitatea, iar la femeie dorința agresivă de a fi un bărbat; la bărbat dorința de a fi femeie sau de a fi Cain, deci rău şi criminal. Necesitatea originară este refulată Sch-/0 sau inhibată Sch-/+. Dar nici refularea, nici inhibarea nu sunt suficiente. Persoana se vede în situația de a anihila necesitățile periculoase, primare ale instinctelor şi prin:

- tulburări de inervare;
- tulburări de motricitate.

Simptomele de înstrăinare. Tulburările de inervare (neurologice) şi cele motorii, iau naştere prin mecanismele de apărare ale Eului care se numesc înstrăinare "Sch-/+", deci prin deconectarea senzațiilor, percepțiilor sau a anumitor grupe musculare. Tulburările de sensibilitate: anestezie, anogmie, anularea oricărui simț, tulburarea sensibilității profunde, tulburări viscerale şi analgezii. Tulburări ale motricității: astazie, abazie, paralizii oftalmice, afonie, mutism, bâlbâială isterică, contracturi, crampe musculare, astm, colită, tremur, migrenă vasomotorie, secreție patologică: fluor, hyperhydrosis. Tulburări metabolice: febra isterică şi anorexia mentală sau caşexie. Tulburări sexuale: frigiditate, impotență, vaginism.

Simptomele paroxistice isterice. (mecanisme de apărare paroxistice):

- flux afectiv: P+/+
- reflux afectiv: P0/0 (apatie, stupor).

Toate aceste tulburări au drept scop inconştient, ca prin înstrăinare şi surpriză să apere organismul de pericolul intern. Lumea trăirilor interne este deconectată, iar instrumentele satisfacției din domeniul respectiv, sunt paralizate (vaginism, astazie şi abazie).

Rezolvarea antinomiei instinctive este:	
mai ales la femeile isterice	S-/+
tip masculin, scindare diagonală parțială	Sch-/+ sau Sch-/±
Apărarea Eului este de cele mai multe ori	
de tipul de înstrăinare	Sch-/±
frigiditate sau impotență	s-
homosexualitate latentă	h+
Pericole instinctive în isterie	
unitendința în Eu, refulare	Sch-/0
tendința în Eu, înstrăinare	Sch-/±
flux afectiv	P+/+
reflux afectiv	P0/0
scindare diagonală sexuală masculină	S-/+

Cuplaj de factori tipic isteric:

k	p	e	hy
-	±, 0 (+)	+ (0)	+ (0)

Centrul isteriei de conversie (cu mult sentiment de culpă şi frică anxioasă de pedeapsă	e	hy	k	p
	+ (0)	+ (0)	-	±
	+ (0)	+ (0)	-	0
	+ (0)	+ (0)	-	+

Mecanisme de apărare ale Eului în isteria de conversie	
Înstrăinare	Sch-/±
Refulare	Sch-/0
Inhibiție	Sch-/+
Aceste 3 mecanisme formează jumătate sau chiar 3 pătrimi din cazurile de defensă a Eului la isterici.	
Tulburări de contact în isterie	
Infidelitate	C+/-
Însingurare, izolare	C0/-
Legătură bi-obiectuală	C+/±
Legătură nefericită	C0/±
Sexualitatea istericului	
Inversiunea scopului la femeie	S-/+
Unitendința impulsului spre tandrețe	S+/0
Autosabotare	S0/-
Afectivitatea istericului	
Flux, invazie afectivă	P+/+ sau P+/±
Iar după flux urmează	
▪ Reflux afectiv	P0/0
▪ Exhibiționism	P0/+
▪ Fobie	P+/0

.

Câteva cazuri de isterie tipică:

S			P	Sch			C	Observații:
h	s	e	hy	k	p	d	m	
-	+	+	+	-	+	±	0	La aceste 3 examinări succesive, la o femeie isterică, vectorii P şi Sch se succed ca la un caz tipic.
-	0	0	0	-	+	±	+	
-	0	0	0	-	±	±	+	
±	-	+	+	-	0	+	-	
±	-	+	0	0	±	+	±	Autosabotaj
±	-	+	+	-	±	+	-	Homosexualitate latentă (bărbat)
+	-	+	-	-	±	+	+	Autopuniție clasică
0	-!	+	-	-	±	±	0	Autopuniție
+	-	+!	-	-	±	±	0	Autopuniție
+	0	+!	-	-	±	±	0	Rivalizare refulată, cu bărbat: d±; p±; s0; hy-!; a se camufla cu bărbat
±	+	±	-!	-	0	+	0	
±	+	0	-!	-	+	+	0	Succesiunea tipică a Eului
±	0	+	0	-	±	+	0	

Isterie de conversie, fată de 23 de ani:

h	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**	
+	-	+	±	0	+	±	-	Factori simptomatici: p± şi p0; hy± şi hy0; d±, d0 Factori submanifeşti: k-, k0; e+; m-
0	-!	+	-	+	-	+!	±	
+!	-	+	-	-	+	0	-	
+	-	0	±	-	±	0	-	

±	-	+	+	-	0	+	-	Factori radicali: s-!
±	-	+	0	0	±	+	±	
±	-	+	+	-	±	+	-	
+	-	+	-	-	±	+	+	
+	-	+	+	-	+	+	-!	
+	-	±	±	0	+	±	-	

Fobia şi nevroza anxioasă

Generalităţi despre anxietate. Pentru Freud, anxietatea este întotdeauna un semnal de alarmă, de pericol, de anunţare că o situaţie periculoasă trebuie ocolită. Psihanaliza vorbeşte de următoarele tipuri de anxietate:

Anxietatea originară, ce este determinată de traumatismul naşterii, orice altă formă de anxietate din timpul vieţii, nu ar fi altceva decât repetarea fricii originare din momentul sosirii în lume.

Anxietate de separare în care anxietatea originară revine în forme de crize, manifestându-se ca o neajutorare determinată de panica pierderii Obiectului din uniunea dual㠹.

Anxietatea de castrare, este pentru Ferenczi, tot un fel de anxietate de separare, pentru că în cazul ei, frica se adresează pierderii Obiectului care ar mijloci reuniunea cu mama.

Anxietatea socială sau mustrarea de conştiinţă se instalează mai târziu, succedând şi înlocuind anxietatea de castrare. Ea este anxietatea Supraeului (morală).

Concepţia existenţialistă despre anxietate este apropiată de concepţia lui Rank despre anxietatea originară.

Cu acest test s-a putut constata mecanismele anxioase la jumătate dintre subiecţii testaţi. La această jumătate s-a putut constata şi că relaţia dintre anxietate şi funcţiile Eului este foarte strânsă. De obicei anxietatea este legată de funcţia de integrare Sch±/± sau Sch±/+, şi cu opera de refulare a Eului Sch-/0, la cel puţin 62,7% sau 59,2% din cazurile cercetate. Probabil că în cazul integrării, anxietatea merge paralel cu acţiunea curajoasă de a face conştient anumite funcţii instinctive iraţionale ale sinelui, şi anume, în aşa fel încât ca persoana să nu se separeu complet de realitatea lumii în care trăieşte. Această necesitate şi acest imperativ de a rămâne în lume, constrânge individul să apese la maxim pe frâna conştiinţei. Din această cauză, procesul se petrece mereu pe muchie de cuţit, între conştient Sch+/+ şi inconştient Sch-/-.

În cazul refulării, anxietatea ia naştere din frica ca nu cumva fenomenele originar refulate, să se întoarcă în conştiinţă. Anxietatea scade ca intensitate în cazul în care Eu-l se predă, este posedat de ea: Sch0/+!; în cazul în care conştientizarea este suspendată prin introiecţie totală: Sch+/0; iar când Eul se predă total şi leşină: Sch0/0. Din corelaţia dintre anxietate şi Eu tragem următoarea concluzie: gradul anxietăţii depinde întotdeauna de gradul conştientizării inconştientului, deci de cantitatea de energie refulată care revine în conştient. Anxietatea este urmarea acestui proces de devenire conştientă a unei energii inconştiente. Inconştientul este rezervorul anxietăţii. Marea majoritate a autorilor susţin că anxietatea este semnalul de alarmă al inconştientului care erupe în conştient.

Anxietatea are întotdeauna şi reacţii corporale secundare: tahicardie, paloare facială, diaree, dispnee. Firește că aceste simptome corporale sunt tot mecanisme de apărare preformate,

paroxismale, exact ca şi la isteria de conversie. Mobilizarea lor este tipică şi pentru anxietatea reală, aşa cum aceasta se produce în sindroamele din timpul cutremurelor de pământ. Despre conversie vorbim numai atunci când, după trecerea anxietății reale, simptomul rămâne fixat. Deci, de exemplu, tremurul, după cutremurul de pământ. Din punct de vedere al realității, vorbim de o anxietate reală şi despre o anxietate ireală. Ireală este anxietatea de pierdere a Obiectului libidinal în isterie, anxietatea de castrare în fobie, anxietatea Supraeului la obsesiv. Fobia este numai un ultim termen pentru ultima fază a unei isterii anxioase.

Vorbim de o fobie numai atunci când obiectul care a declanşat şi susținut anxietatea şi-a găsit deja un obiect surogat şi când acest surogat a devenit conştient.

Fazele psihologice ale unei fobii sunt următoarele:

1. Iubire şi ură incestuoasă față de mamă şi tată;
2. Anxietate. Frică față de acest cuplu: iubire-ură.
3. Refularea acestor reprezentări.
4. Înlocuirea anxietății de tată sau de mamă, cu frica de animale (câine, lup, cal, etc), de obiecte comune, de medicamente cu care i-am putea otrăvi pe alții (exemplu: ciuperci), sau de lucru cu care ne-am putea ucide partenerul (cuțit, foarfece, lamă), de înălțimi sau prăpastie de pe care am putea arunca partenerul iubit.
5. Frica de Obiectul iubit sau urât rămâne pe mai departe refulată, de vreme ce frica de obiectul surogat devine conştientă. Persoana este conştientă că îi este frică de animale, otrăvire, crimă, înălțime sau adâncime. În felul acesta se evidențiază principiul economiei surogatului, adică: prin intermediul surogatului neplăcerea se diminuează, este înlocuită cu ceva mai puțin neplăcut. Libidoului îi este economisită o anxietate reală mare, care ajunge să fie înlocuită cu un surogat pe care bolnavul trebuie doar să-l evite, pentru ca să se simtă bine. Despre frica reală (incestul, mama, tata) nici nu mai este vorba, deci Eul s-a blindat, economisind energie.

Testologia fobiei

Rezolvarea antinomiei dintre instincte se face:

- prin integrare la nivelul Eului: Sch±/± sau Sch±/+.
- La nivelul afectelor: P±/± sau P±/-, P±/+, dar şi P+/0.

Formula fobică clasică:	k± p± hy0 s0 d0	e+! h+ m+
Nevroza anxioasă cu megalomanie:	p± k±	hy+ m+
Nevroza anxioasă:	k± p± hy0	h+ m+
Fobie paranoidă:	p± m+ hy-	h+
cu predispoziție spre homosexualitate		
Isterie anxioasă paranoidă:	hy0 p± k±	e+ d+ h+
Isterie anxioasă cu claustrofobie	hy0 p± k±	e+ m+!
Fobie simplă:	hy0 k± h+	e+! p+
Fobie cu erotică anală şi idei de grandoare	d± m0 hy0 k±	h+ p+ e+
Fobie pe tematică sexuală:	d± k± hy0	m+ p+ h+ e+
Obsesie fobică:	d0 e± hy0 k± p±	m+ h+
Anxietate paranoidă cu capacitate foarte pronunțată de sublimare:	k± d0 s0 e±	p+ m+ h- hy-
Nevroză anxioasă cu masochism anal:	m0 hy± h± p±	d+ e+ s- k+
Fobie cu homosexualitate latentă:	e0 k± p± d0	hy-! s- h+ m+

Pericole instinctive la fobici:

- Integrare în Eu cu pericol de dezintegrare — Sch±/±
- Tritendința în Eu (obsesie motorie cu fobie) — Sch±/+
- Unitendința mustrării de conştiință — P+/0
- Integrarea forțelor morale cu pericolul pierderii — P±/±

oricărei atitudini

Un cuplaj fobic frecvent:

k	p	e	hy	s	m
±	±	+	0	-	+!

Integrare în Eu, fobie masochism-anxietate de a nu pierde obiectul.
În orice fobie trebuie să apară o dată: P+/0.

Centrul fobicului	**e**	**hy**	**k**	**p**
	+	0	±	+
	+	0	±	+
	+	+!	±	±
	+	±	±	±
	0	-!	0	0
	+	-	0	0

Mecanismele de apărare ale Eului fobic	
Integrare în Eu (clinic: catastrofă iminentă, anxietate de sfârşitul lumii)	Sch±/±
Obsesie impulsivă cu fobie	Sch±/+
(Dar asociat cu)	P+/0
Refulare	Sch-/0
Proiecţie obsesivă	Sch±/-
Înstrăinare	Sch-/±
Obsesie	Sch±/0
Dezintegrare	Sch0/0
Dar pentru diagnosticul de fobie rămâne caracteristică integrarea în Eu	Sch±/±
Şi reacţia fobică a vieţii afective	P+/0
Contactul la fobic	
Frica de a pierde obiectul	C0/+!
Relaţie infantilă, dorinţa de a trăi în poala mamei	C0/0
Căutarea unui obiect surogat	C+/-
Sexualitatea fobicului	
Unitendinţa impulsului cultural	S-/0
Scindare diagonală	S+/-
Unitendinţa tandreţii	S+/0
Mai rar, unitendinţa sadismului	S0/+
Afectivitatea fobicului	
Reacţie afectivă tipic fobică	P+/0
Anxietate de panică mare	P-/-
Anxietate de relaţie senzitivă	P0/-

Dileme morale	P±/- sau P±/±

Câteva cazuri de fobii tipice:

S			P		Sch	C		Observaţii
h	s	e	hy	k	p	d	m	
-	0	+	0	±	±	0	+	Cel mai frecvent tablou fobic
-	0	±	±	±	±	0	+	Fobic foarte tipic şi el
-	0	±	±	±	±	0	+!	
-!	0	+	+!	±	±	0	±	Fobie+frică de a pierde Obiectul (m+!)
-	-	+	±	±	±	0	0	
-	-	+	+	±	±	+	+!	
-!	0	±	+	±	+	-	+	
-!	0	±	0	0	+	±	+	La care Sch0/+ derivă din Sch±/+
-	-!	+	+	±	±	0	+!	
+!	-	0	-!	0	0	0	+	Fobie cu pierderea Eu-lui, de ex. agorafobie
+!	-	+	-	0	0	±	+	
+!	-	0	-	±	+	±	+	
+!	-	+	-	0	0	+	-	Fobie paranoidă
+!	-	0	-	-	0	±	0	Fobie ipohondrică

Epilepsia

Isteroepilepsia, epilepsia afectivă, epilepsia genuină

Generalităţi

Sindromul epileptic se compune clinic din următoarele simptome:

1. **Criza tipică:** instalare bruscă, pierderea conştiinţei, contracţii tonice apoi clonice, pupile rigide, micţiune, muşcarea limbii, amnezie şi stare de comă.
2. **Prodroame:** modificări ale afectivităţii generale, irascibilitate, cefalee, vertij, tremur. Aura este compusă din: spasme diferite, fugi, mişcări de torsiune, parestezii, sensibilitate olfactivă şi gustativă exagerată, macro şi micropsii, halucinaţii elementare (fluierat, culoare roşie, zornăit monoton), mai rar anauroza, fuga, roşeaţa sau paliditatea, transpiraţie de obicei abundentă.
3. **Simptome psihice iniţiale:** halucinaţii, anxietate, irascibilitate, depresie, paramnezii, sentimentul de Deja Trăit.
4. **Forme mai uşoare – absenţe:** Pycnolepsia (crize mici dar foarte dese), narcolepsia (somn instalat brusc, +vertij ulterior, somnul durând foarte puţin).
5. **Echivalente psihice:** poriomania, dipsomania, cleptomania, piromania, thanatomania (amocul malaiez, instinct patologic de crimă, suicid impulsiv).
6. **Trăsăturile caracterului epileptic:** egoism, egocentrism, umilinţă periodică, religiozitate, pedanterie, încetineală, onctuozitate, şi confidenţă vâscoasă, zgârcenie alternând cu risipă toleranţă alternând cu intoleranţă rigidă, amănunţime obositoare în orice acţiune, corectitudine rigidă, rigiditate în comportament şi în îmbrăcăminte, gândire în paranteze care nu se termină, povestire vâscoasă în orice expunere, explozivitate, crize de furie oarbă.
7. **Psihozele epilepticilor:** delir religios, delir de persecuţie, demenţă epileptică, oligofrenie, delir de grandoare (paranoia pe fondul epilepsiei descrisă de Buchnoltz).

Ereditatea epilepticilor este recesivă, foarte complicată. Probabilitatea îmbolnăvirii epileptice:

- fraţii şi surorile epilepticilor=3%;
- copil cu părinţi epileptici=10%;
- populaţie obişnuită=0,3%.

Tulburările histologice din creierul epilepticilor nu sunt primare, ci în general consecinţe ale tulburărilor vasculare şi ale tulburărilor vasculare de tip spasm, în general.

Psihologia epilepticilor

Freud, este de părere că epilepsia este o maladie funcțională, în care se simte, ca şi cum o descărcare instinctivă anormală ar fi fost deja preformată organic. Tot Freud este primul care reaminteşte că medicii din şcoala hipocratică spuneau că coitul nu este altceva decât un mic acces epileptic, aşadar prin coit nu s-ar face altceva (ca şi prin criza epileptică) decât să se descarce, să se canalizeze în inofensiv, o energie instinctivă foarte mare. Freud credea că reacția epileptică poate fi pusă în legătură cu nevroza, cu acele forme de nevroză în care individul nu poate ieşi la cale, nu se poate debarasa de anumite energii instinctive masive. În acest sens, criza epileptică ar putea fi considerată ca un simptom al isteriei. De vreme ce Freud vorbeşte de epilepsii organice şi epilepsii afective, înseamnă că acestea din urmă sunt unele de tip nevrotic. Iată care sunt bazele psihologiei epilepticilor după Freud:

1. Criză epileptică are valoarea unei pedepsiri.
2. Această pedepsire îşi are obârşia în vina că bolnavul a dorit să ucidă pe altcineva (mai frecvent pe tata sau mama).
3. Bolnavul devine acest „altcineva" şi anume prin identificare cu tot omul, deci, cu cel pe care a dorit să-l ucidă, şi prin această identificare bolnavul însuşi reuşeşte să moară simbolic în criză.
4. Criza este o modalitate de autopedepsire a dorinței de crimă față de tată sau mamă, urâți de bolnav.
5. Necesitatea originară a uciderii tatălui este făcută inofensivă cu ajutorul unui mecanism de defensă organic preformat.

Freud crede că uciderea tatălui este fărădelegea, crima principală şi primară a omenirii şi a individului în parte, deci complex Cain, în testul nostru. Uciderea tatălui este sursa principală a oricărui sentiment de culpă. Criza epileptică nu este altceva, spune Freud, decât o modalitate de identificare cu tatăl, care ia naştere printr-o formă particulară de pedepsire pe care o exercită Supraeul. Pentru Eu, moartea aparentă din timpul crizei epileptice este o satisfacție imaginară a dorinței masculine şi în acelaşi timp o satisfacție masochistă pentru dorința de pedeapsă pe care o simte Supraeul, deci o satisfacție sadică a acestuia. Din Supraeul sadic pot fi deduse următoarele caractere psihice ale epilepticului: smerenie, umilință, masochism, sadomasochism şi religiozitate. Această concepție funcțională a epilepsiei afective o demonstrează următoarele fapte:

1. Rezultatele cercetărilor genealogice. Frecvența epilepsiei la leziunile corporale este de 12-14%, în vreme ce la populația medie este de 0,3%. Numai criminalii violenți şi cei de tipul „atentat la pudoare" sunt înrudiți cu epilepticii. În cazul unei epilepsii ereditare a unuia dintre părinți, Conrad a găsit 3% epileptici, în vreme ce epilepsia traumatică numai 3,3% din copii deveneau epileptici.
2. În afară de epilepsia genuină nu s-a demonstrat nici o corelație între psihoză şi criminalitate.
3. Stekel şi Jung au demonstrat prin analiza viselor la epileptici un conținut de impulsuri criminale, de multe ori sadice.

Pentru Analiza Destinului, este clar că toți aceşti epileptici dau răspunsuri „E" de tip criminal, adică un simptom tipic de criminal compus din: e-/k-/p-/m-.
De cele mai multe ori la epileptici acest sindrom de criminal „E" este întrerupt de un ventil instinctiv la „e":

e	k	p	m
-	-	-	-
0	-	-	-

Ceea ce vrea să spună că epilepticul se apără de instinctele sale criminale (Cain) făcând pe mortul: criză. Dar, de foarte multe ori epilepticul face pe mortul şi în domeniul Eului, adică Sch0/0, renunțând şi la conştiință. Ca semn al anxietății de culpă şi pedeapsă, vom găsi la epileptic următorul tablou de cenzură:

e	hy	k	p
0	-!	-	0
0	-!	-	±

0	-!	-	+

Testologia la epileptici

Epilepticul are necesitatea imperioasă de a ucide: criminalul „E”, dar el se apără de acest complex Cain cu un reflex de a face el însuşi pe mortul e0. Din cauza acestor impulsuri criminal, epilepticul are anxietate de culpă şi de pedeapsă, deci va avea un centru tipic: e0 hy- k- p± sau p0. Deci, aproximativ ceea ce spune Freud despre epilepsie.

Epilepticul prezintă de obicei	hy-/h+ m-/k- p-/m+
Cea mai tipică formulă epileptică este	**e0/hy-**
Pericole instinctive la epileptici	
tensiuni cantitative la factori	h+!
adică la sex, la instinctul de a se ascunde	s+!
la pericolul despărțirii şi al proiecției	hy-!; m-!; p-!
unitendința dorinței de a se ascunde	P0/-
nestatornicie	C0/-

Cuplaj de factori tipic epileptic:

e	hy	k	p	d	m
-, 0	-!	-	-, ± (0)	0	-

Simptomele cele mai tipice ale epilepsiei afective, înțelegându-se orice epilepsie fără leziune organică sunt următoarele:

O mare mobilitate a factorului e într-o serie de 10 examinări, acelaşi epileptic dă 3-4 variante posibile ale lui **e**	e-; e0; e±; e+
Criminalul „E” cu un ventil instinctiv la **e**	e k p m - - - - Ventil 0 - - -
Succesiunea continuă cu două reacții afective Dar dacă nu există un **e-**, diagnosticul de epilepsie nu poate fi pus	P-/- → P0/-
Eu-l paroxistic Cu *anularea Eu-lui după criză* Dorința de a se ascunde Combinat de multe ori cu trăsături paranoide	Sch±/- Sch0/0 hy-! p-
Centrul epilepticilor Aceste modalități de centru epileptic pot varia în timp Niciuna din formulele de centru nu pot pune singure diagnosticul de epilepsie	**e hy k p** - -! -! - 0 -! - - 0 - - ± 0 - 0 0 - - 0 - - - ± - - - - ±
Defensele Eu-lui la epileptici Înstrăinare Fugă Integrare Dezintegrare Inhibiție	 Sch-/± Sch±/- Sch±/± Sch0/0 Sch-/+

Refulare	Sch-/0

Cu cât un epileptic foloseşte mai multe mecanisme de apărare de tip nevrotic, inhibiţie, refulare, înstrăinare, cu atât este mai sigur diagnosticul de istero-epilepsie, iar de câte ori predomină tablourile de Eu infantil: proiecţie şi introproiecţie trebuie să ne gândim la o epilepsie organică

Tulburarea de contact la epileptic	
Nestatornicie	C0/-!
Deosebit de patognomonică este însingurarea	m-!
Căutarea obiectului surogat	C+/-
Cramponare anxioasă (ea este dovada unei echivalenţe psihice, a cazului cum ar fi bâlbâiala, migrena, astmul, eczema, boala fânului, sau sechele de tratament)	C0/+!
Legătură incestuoasă	C-/+
foarte caracteristic: cramponarea	d-

Sexualitatea epilepticului	
Tensiune mare în sex	S+!/+!!
Unitendinţa tandreţei, cu ciudă	S+/0
Ambivalenţa: activitate-pasivitate	S+/+

Afectivitatea epilepticului	
Stocarea de furie cu autoascundere	P-/-
Descărcarea furiei în criză	P0/-

Cazuri tipice de succesiuni epileptice:

Cazuri	**S**		**P**		**Sch**		**C**		Pentru epilepsie pledează
	h	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**	
I	+!	+!!	-	-	-	-	0	-	P-/- şi P0/- în succesiune
	+	+!	0	-	-	-	+	-	Criminal „E” cu ieşire de supapă în e0
II	+!!	+	-	0	0	-	±	-	e-, Sch0/0, criminalul „E”
	+!!!	+	0	-!!	-	0	±	-	Are ventil în e0, m- h+!!!
	+!!!	+	+	-	0	-	-	-	P-/-! Şi P0/-!!, P-/0 (succes)
	+!	+	-	-!	0	0	±	0	Succesiune
III	+!!	0	-	-	-	-	+	-	Criminal „E”
	+!	±	0	-	0	-	+	-	Ventil instinctiv e0
	±	+	0	0	±	-	+	-	Descărcare afectivă şi Eu paroxistic: Sch±/-
	+!	+	-	0	+	-	0	-	Criminal „E” cu reacţia Cain
	+	±	-	+	+	-	0	-	Cain pur (la centru)
	+!	+	-!	-	+	0	±	-	
IV	+	+	0	0	±	±	0	-	P0/- şi P-/-
	+!!	0	0	±	±	-	-	-	Sch±/±, Sch±/-, Sch-/±
	+	+	-	-	-	±	0	-	Criminalul „E”
V	+!	0	+	-	-	-	+	-	E+ apoi e-, apoi e0
	+!	0	-	±	0	0	+	-	Sch0/0
	+!	0	0	±	-	0	+	-	m-, h+!

Echivalente epileptice:

Diagnostic	**S**		**P**		**Sch**		**C**		**Observaţii**
	h	**s**	**e**	**hy**	**k**	**p**	**d**	**m**	
Bâlbâită	0	-	0	-	±	+!	0	+!	Sindromul bâlbâielii
	0	-	+	-	0	+!	-	+!	Factor e0, e+ şi e-
	0	-	0	-	-	+!	+	+!	Factor m+!, m±, m0 şi m-
	0	-	-	-	-	+!	-	+!	Stocaj oral
Bâlbâit	-	-	±	-	+	+	-	±	Factorul p+ şi p0
	-	-	+	-	0	+	0	+	Factorul s-, hy-
	+	-	+	-	±	0	+	-	Diagnostic diferenţial cu epilepsia
	±	-	0	-	+	+	0	-	Nu are criminal „E”

	+	-	+	0	-	±	0	+	Mult e+
	+	-	+	0	-	-	+	±	Puţin e-
	±	-	-	±	-	+	±	+	Sindrom migrenos
	±	0	0	±	-	+	±	+	e-, e0 şi e+, semn de
Migrenă	+	-	+	±	0	±	-	0	paroxism dar cu
	+	-	0	±	-	±	±	0	Prea mult e0 şi s-
	±	-	+	-	±	+	-	+	P+, p±, C±/+, C±/0
	+	+!	-	-	0	-	+	-	Sindrom astmatic
	+	+!	-	-	+	-!	+	0	e-, e+, e0, deci
	+	+	±	-	+	-!	0	+	Paroxism dar, cu
Astm	+	+!	0	-	-	-!	0	+	Mult P0/0 şi P-/-
	±	+	0	0	±	-!	-	+	s+! şi p-!!
	±	+	0	0	±	-!!	0	+	Eu paroxistic
	+	+	0	0	±	-!	±	±	Sch±/-!, d0 şi m+ mult

Recapitularea nevrozelor

Sindrom la test	**Nevrozele Eului** **Nevroza obsesivă**	**Nevroză paroxistică** **Isteria de conversie**
Modul de rezolvare al autonomiei instinctive	Prin izolarea necesităților sinergice	Prin scindare masculină, diagonală, mai ales la femei
Clasa instinctivă	s-, e+, p+, d+, m+, hy-	k-, s+, e+, m+
Factori simptomatici Factori radicali	k±, e±, m±, d0, hy0 s-, h+	p0/p±, hy±/hy0, d0/d±, s±/s0 k-, m+, h+
Pericole instinctive:	Dubiu etic: **P±/0** Nehotărâre: **Sch±/0** Dubiu la contact: **C±/0** sau **C0/±**	Refulare: **Sch-/0** Înstrăinare: **Sch-/±** Flux şi reflux afectiv: **P+/+** şi **P0/0** Scindare diagonală masculină: **C+/-**
Tensiuni factoriale cantitative:	Aproape de loc	hy+!/hy-!, m+!/m-!, s+!/s-!

Centru:	e	hy	k	p	e	hy	k	p
	±	0	±	0	+ (0)	+ (0)	-	-
	±	-	±	0	+ (0)	+ (0)	-	+
	0 (-)	±	0	±	0	0	-	0

Cuplări patognomonice	k	e	m	h	hy	p	d	s	k	p	e	hy
	±	±	±	-	0	0	0	0 -,+	-	-, 0	+, 0	+, 0

Manierele de defensă ale Eului	Izolarea feminității: **Sch±/0** Fuga: **Sch±/-** Izolarea masculinității: **Sch0/±**	Înstrăinare: **Sch-/±** Refulare: **Sch-/0** Inhibiție: **Sch-/+**
Tulburări de contact	Izolarea analității Ambivalență de contact: **C0/±**	Infidelitate: **C+/-** Însingurare: **C0/-** Legătură bi-obiectuală: **C+/+** Legătură nefericită
Tulburările sexuale	Ambivalență erotică: **S±/0** sau **S±/-** Inversiune la bărbați: **S+/-**	Inversiune la femei: **S-/+** Autosabotajul: **S0/-**
Afectivitatea	Dubiu etic: **P±/0** Mustrare de conştiință cu anxietate: **P+/-** Anxietate de relație senzitivă: **P0/-**	Flux afectiv: **P+/+** Reflux afectiv: **P0/0** Exhibiționism: **P0/+** Fobie: **P+/0**

Sindrom la test	**Nevrozele paroxistice: Isteria anxioasă (fobia)**	**Epilepsia afectivă**
Modul de rezolvare al antinomiei instinctive	Prin integrare în Eu. Predispoziție spre mecanisme preformate	
Clasa instinctivă	h+, h-, s+, e+, m+, hy-	hy-, h+, m-, h-, p-, m+
Factori simptomatici Factori radicali	k±, p±, hy0/hy±, s0/ s±, d0/ d± e+, h+, m+	e0 hy-
Pericole	Catastrofă iminentă: **Sch±/±** Fobia activității: **Sch±/+** Mustrări de conştiință: **P+/0** Conflict etic: **P±/±** Descărcare afectivă: **P0/0**	Impuls spre a se ascunde: **P0/-!** Pierderea Eului: **Sch0/0** Nestatornicie: **C0/0**
Tensiuni factoriale cantitative:	hy-!, m+!	h+!, s+!, hy-!, m±, p-!
Centru	e hy k p + 0 ± ± (+) + + (±) ± ± + (0) - 0 0	e hy k p - -! -! - 0 - - - (±) 0 - 0 0
Cuplări patognomonice	k p e hy s m ± ± + 0 - 0 Criminalul „E”; e-, k-, p-, m-	e hy k p d m - (0) -! - - 0 -
Mecanisme de apărare ale Eului	Integrare: **Sch±/±** Inflație obsesivă: **Sch±/+** Dezintegrare: **Sch0/0**	Înstrăinare: **Sch-/±** Fugă: **Sch±/-** Integrare: **Sch±/±** Pierderea Eului după criză: **Sch0/0**
Contactul	Frica de a nu pierde Obiectul: **C0/+!** Legătură infantilă: **C0/0** Căutare: **C+/-**	Nestatornicie: **C0/-!** Căutare: **C+/-** Pierderea Obiectului simțită iminent: **C0/+!**, **C-/+**
Sexualitatea	Impuls spre culturalizare: **S-/0** Tandrețe exagerată: **S+/-**, **S+/0**	Supratensiune sexuală: **S+!/+!** Tandrețe+ciudă: **S+/0**, **S+/±**
Afectivitatea	Fobia: **P+/0** Panica: **P-/-** Dilema etică: **P±/±** Anxietate de relație senzitivă: **P0/-**	Panică: **P-/-** Descărcarea unei furii: **P0/-**

Metoda complementară

Metoda complementară este cea mai importantă tehnică auxiliară a testului Szondi, mai ales că ea se bazează pe dialectica instinctelor, care are un rol important în viața indivizilor. Ea exprimă dialectica dintre tendințele din primul şi din al doilea plan, tendințele fațadei şi tendințele culisei, între avangarda şi ariergarda în domeniul inconştientului. Metoda complementară ne dă o imagine mai clară despre topografia tendințelor din inconştient. Ea ne permite să diferențiem destul de clar între tendințele personale şi cele familiale ale inconştientului. Din punct de vedere pronostic, metoda complementară permite o mai bună apreciere a destinului fiecărui caz în parte.

Profilul fațadei: este examinarea obişnuită, deci, din cele 48 de fotografii, bolnavul alege 12 simpatice şi 12 antipatice.

Profilul culisei (complementare): deci, au rămas pentru fiecare serie 4 poze care nu au fost alese. Aceste 24 de poze, le expunem bolnavului tot în serii (deci 6 serii, în fiecare serie fiind câte 4 poze). Instrucțiunile date bolnavului sunt următoarele: „vă rog să alegeți din aceste 4 tablouri, două care vă sunt cele mai antipatice, nesuferite". Deci, cele rămase după ce a ales bolnavul, sunt simpatice. După cele 6 serii, executăm un grafic ca şi la examinarea normală (roşii simpatici (notați cu „+"), albaştrii antipatici (notați cu „-„)).

Profilul complementar teoretic: la metoda complementară evaluăm atât profilul fațadei, cât şi cel al culisei, iar între ele, vom mai intercala o a treia variantă: profilul teoretic posibil al prognosticului (deci, evoluția cazului în viitor). Interpretarea se realizează deci pe 3 profiluri.

1. **Profilul fațadei:** se face pe baza interpretării primelor 12 simpatice şi a celor 12 antipatice (examinare ordinară) şi exprimă tendințele cele mai puternice ale prezentului, unele încă nesatisfăcute, deci în inconştient, altele deja manifeste, deci satisfăcute.
2. **Profilul complementar teoretic:** nu se stabileşte pe cale experimentală, ci prin scăderea profilului fațadei din profilul instinctiv total (±, ±). Profilul complementar teoretic vizualizează adevăratele tendințe ale culisei din domeniul inconştientului familiar. Fațada şi complementul teoretic dau ansamblul unității şi totalității vieții instinctive. Aşadar, trăsăturile culisei nu se vor pune în evidență, cum ar fi de aşteptat, prin profilul culisei complementare, ci, mai ales prin profilul complementar teoretic. Culisa veritabilă este cea teoretică, nu culisa propriu-zisă. Profilul complementar teoretic este purtătorul tuturor tendințelor disociate ale culisei (disociat=detaşat de). Tendințele care se pun în evidență în profilul complementar teoretic, trebuie să fie cele care caracterizează adevăratul inconştient, profund şi familiar, de vreme ce fiecare instinct este un instinct complet, compus din 4 tendințe complementare date ereditar. Aceste tendințe de culisă sunt tendințe reale, care pot ajunge pe primul plan. Persoana adâncă a fiecărui om, nu poate fi pusă în evidență decât cu ajutorul combinării fațadei cu profilul complementar teoretic. Dar, profilul complementar teoretic ne mai dă indicații şi despre acele tendințe care apar pe căi ocolite în formarea simbolicului din vis, a trăsăturilor caracteriale şi a simptomelor de boli mentale, care exprimă în aceste fenomene, tropic, inconştientul familiar. Cu totul altfel trebuie interpretată examinarea complementară, experimentală, deci culisa experimentală.
3. **Profilul complementar experimental (culisa):** profilul experimental complementar nu are voie să fie interpretat ca un rezultat de sine stătător, aceasta înțelegându-se uşor dacă ne gândim ca la o a doua examinare, sunt doar 4 posibilități de alegere.

Posibilitățile de alegere la profilul complementar experimental.
(R=reacție).
*=se alege profilul fațadei.

*	La profilul fațadei găsim următoarele posibilități de reacții la alegere								Pentru profilul culisei rămâne	Aceasta ocazionează următoarele reacții de alegere pentru profilul culisei							
6	+ - R	6 0 +!!!	5 1 +!!	4 2 ±!	3 3 ±	2 4 ±!	1 5 -!!	0 6 -!!!	0	+0 -0 R							
5	+ -R	5 0 +!!	4 1 +!	3 2 +	2 3 +	1 4 -!	0 5 -!!		1	+ - R	1 0	0 1					
4	+ -R	4 0 +!	3 1 +	2 2 ±	1 3 -	0 4 -!			2	+ - R	2 0 +	1 1 0	0 2 -				
3	+ -R	3 0 +	2 1 +	1 2 -	0 3 -				3	+ - R	3 0 +	2 1 +	1 2 -	0 3 -			
2	+ -R	2 0 +	1 1 0	0 2 -					4	+ - R	4 0 +!	3 1 +	2 2 ±	1 3 -	0 4 -!		
1	+ -R	1 0 0	0 1 0						5	+ - R	5 0 +!!	4 1 +!	3 2 ±	2 3 ±	1 4 -!	0 5 -!!	
0	+ - R	0 0 0							6	+ - R	6 0 +!!!	5 1 +!!	4 2 +!	3 3 ±!	2 4 ±	1 5 -!!	0 6 -!!!

Alegerea este mai mult sau mai puțin limitată, iar opțiunea constrânsă la clişeele artificiale. Pentru a ne putea feri de aceste clişee artificiale ne vom servi de tabelul de mai sus, care ne dă informații asupra posibilităților de alegere la profilul experimental al culisei în caz că persoana a ales la profilul fațadei: 6, 5, 4, 3, 2, 1, 0, poze dintr-un anumit factor. Principiile tabloului de mai sus sunt:

Raportul numeric dintre reacțiile de alegere ale profilului fațadei şi profilul experimental complementar:

1. Dacă bolnavul alege în profilul fațadei toți cei 6 factori (6 poze), pentru profilul complementar nu mai rămâne nici un tablou, deci, la profilul experimental complementar la acel factor vom avea reacție nulă.
2. Acelaşi lucru se întâmplă dacă bolnavul alege în profilul fațadei 5 poze, dar va putea avea două posibilități ale reacției nule: +1-0 sau 0+, 1-.
3. dacă bolnavul alege la profilul fațadei 4 poze dintr-un factor, în profilul experimental rămân două poze. Din aceste două poze, bolnavul poate face 3 reacții diferite: +,0 sau -,
4. Dacă bolnavul alege la un factor 3 poze, tot atâtea rămân pentru al doilea profil experimental. Din acestea se pot face două alegeri: + sau -.

5. Dacă bolnavul alege la profilul fațadei la un factor două poze, vor rămâne 4 poze pentru al doilea profil, iar acestea pot ocaziona 3 tipuri de răspunsuri calitative: +, ±, şi -. Dar, calitativ-cantitativ poate da 5 maniere de răspunsuri: +!, +, ±, - şi -!.
6. Când se alege o singură poză la profilul fațadei, rămân 5 pentru profilul complementar. Pentru calitativul pur ele ocazionează 3 reacții posibile: +, ±, -, dar pentru reacțiile calitative-cantitative sunt posibile 5 modalități: +!!, +!, ±, -!,şi -!!.
7. Când bolnavul nu alege nici o poză la unul din factori, atunci toate rămân pentru examinarea complementară. În acest caz se pot da 3 răspunsuri calitative: +, ± şi -, iar calitativ-cantitativ sunt posibile 7 reacții deosebite: +!!!, +!!, !±, ±, ±! -!! şi -!!!.

Deci, putem vorbi despre o alegere constrânsă numeric atunci când:

1. Bolnavul alege pentru fațadă 6 sau 5 poze dintr-un factor. La această posibilitate în profilul experimental, complementar apare în mod necesar reacție nulă. Se poate observa deci clar deosebirea esențială dintre profilul culisei experimental şi profilul complementar teoretic. Pentru că, din punct de vedere teoretic, trebuie să admitem în culisă o tendință pozitivă sau negativă, chiar dacă în fațadă există o tendință extrem de inflată pozitivă (+!!, +!!!) sau negativă (-!!, -!!!). Pe de altă parte, la profilul complementar experimental, este în mod obligatoriu prezentă o reacție nulă, la care în fațadă a apărut o alegere cantitativă prea mare 8 (!!, !!).
2. Dacă bolnavul nu alege nici o poză la profilul fațadei, va trebui să aleagă toate pozele la culisă. La profilul teoretic notăm în acest caz o bitendință, deci=şi -, care nu este însă o reacție ambivalentă, pentru că psihologic trebuie să admitem posibilitatea că bolnavul păstrează în culisă ambele posibilități separate ale acestei necesități, (+ sau -). De aici denumirea de bitendință şi nu ambivalență, care este cu totul altceva. Vom spune astfel: că dacă pe plan manifest al fațadei, respectiva necesitate s-a descărcat, ea se poate reîncărca în rezervorul culisei cu ambele tendințe. Cu totul altfel este în cazul profilului experimental al culisei. În acest caz, bolnavul poate alege din cele 6 poze rămase, nu doar o reacție ambivalentă ±, ci, 7 reacții cantitativ-calitative diferite (+!!!, +!!, !±, ±, ±!, -!!, -!!!). Acelaşi lucru este valabil în cazul în care la fațadă s-a ales o singură poză.

Concluzia ar fi că profilul complementar teoretic, trebuie să fie interpretată ca o completare funcțională a întregului profil instinctiv, pe lângă profilul fațadei. În spatele fiecărei reacții nule a fațadei, găsim o bitendință şi nu o ambivalență în culisă. În schimb, la interpretarea profilului culisei experimentale, trebuie să ținem seama de posibilitățile numerice diverse la alegerea suplimentară.

Alegere constrânsă din motive pur tehnice

Să mai amintim o altă posibilitate de alegere constrânsă care nu are legătură cu fațada sau culisa. Dacă un bolnav îi alege pe cei 12 simpatici numai din două categorii, este firesc ca el să nu mai poată alege altă poză simpatică din celelalte 6 canale. În acest caz, cei din pozele celor 6 factori nu pot fi nici simpatici, nici antipatici, după regulile de aplicare a testului. Pentru a exemplifica acest caz, prezentăm alegerea unui elev de 12 ani, care a dat următoarele rezultate:

S		P		Sch		C	
h	s	e	hy	k	p	d	m
+	0	0	-	-	0	+	0
6			6	6		6	

Rezultatul acesta de fațadă a fost dat după o şedință psihanalitică de o oră, extrem de iritantă, în care el a fost confruntat de către doctoriță cu culpele sale până atunci inconştiente (hy-, k-) ceea ce a avut efectul de şoc. Culpa era că băiețelul ascultase din camera lui, ascuns după o uşă întredeschisă ce se întâmpla în dormitorul părinților. Acest eveniment a dus la sentimente de culpă care ulterior au fost refulate şi înlocuite (scena originară) cu o gândire obsesivă care la test arăta astfel:

h	d	hy	k
+6	+6	-6	-6

S-ar putea ridica obiecția că prezentând doar 12 simpatici şi 12 antipatici, iar bolnavul alegând doar din aceşti 2 factori, nu-i mai dăm posibilitatea să opteze în ceea ce priveşte celelalte compartimente instinctive. Este deci clar că alegerea este silită, iar la profilul culisei, această alegere este şi mai pronunțată, pentru că din cele 24 de poze rămase de la profilul fațadei, pe care i le prezentăm, el va trebui să le aleagă pe toate cele 24 ca nesuferite. Este clar că, atât la profilul fațadei, cât şi al culisei, există o anumită constrângere în alegere. Dar, prin limitarea la 12 simpatici şi 12 antipatici, testul aduce în mod firesc, atât tendințele cele mai puternice, cât şi cele care sunt mai apropiate de fațadă, după cum se vede şi în exemplul de mai sus (culpă la copilul de 12 ani). La acest caz se vede de exemplu:

- Tendința de fixare de mamă: h+!!!
- Căutarea acestei iubiri: d+!!!
- Sentiment de culpă pentru: hy-!!!
- Pânda din copilărie: k-!!!

Testul intenționează să pună în evidență proporția actuală a celor 8 necesități instinctive, respectiv a 16 direcții de tendințe. Dacă lipseşte o poziție negativă sau pozitivă, aceasta nu înseamnă că ea este absentă la bolnavul respectiv. În cazul tânărului, testul ne indică: pe primul plan se insinuează intens o căutare libidinală dublată de o anxietate de culpă şi de pedeapsă, în genere, toate celelalte tendințe sunt împinse pe planul 2, dar ele pot oricând reapare, această reapariție fiind posibil de prevăzut prin profilul culisei.

Interpretarea profilului complementar al culisei

Analiza reacției nule în profilul culisei:

Reacția nulă în culisă, se interpretează diferit în funcție de originea ei.

a. Aceste reacții nule care apar în urma unei tensiuni cantitative (5, 6) a fațadei, nu trebuie interpretate pentru că iau naştere forțat din alegere.

b. Pe de altă parte, acele reacții nule din restul de două poze ale aceluiaşi factor (+1/-1), joacă un rol personal în interpretarea culisei, pentru că bolnavul avea posibilitatea ca din cele două poze rămase să formeze fie o reacție slab pozitivă (+2/-0) sau una slab negativă (-2+0). Dar, de vreme ce bolnavul, a format o reacție nulă de tipul +1/-1, înseamnă că în inconştientul său este gata să explodeze o tendință de descărcare. Este vorba deci de următorul tip de situație instinctivă: în profilul fațadei, bolnavul dă un răspuns pozitiv +4/-0 sau +3/-1 sau unul negativ +0-4 sau +1/-3, de vreme ce profilul culisei este nul: +1/-1. În aceste cazuri se poate spune că în domeniul tendinței respective există o predispoziție spre descărcare furtunoasă care stă gata de atac în culisă. Cu cât o asemenea reacție nulă apare mai des, cu atât capacitatea de descărcare este mai mare. Concluzia este că bolnavul respectiv dispune în inconştientul său familiar de tendința respectivă.

Analiza reacției pozitivă şi negativă în profilul culisei:

Principiul conducător a acestei reacții este concordanța. La început trebuie să stabilim dacă reacția culisei coincide şi se suprapune cu cea a fațadei sau cu profilul teoretic complementar:

a. O concordanță dintre culisă şi fațadă, înseamnă că tendințele fațadei sunt mult mai puternice decât am putea să ne aşteptăm teoretic, mai puternice decât tendințele din inconştient. În aceste cazuri bolnavul alege la profilul culisei în aceleaşi direcții la factorii respectivi, ca şi l prima examinare, cea a fațadei. Bolnavul continuă pur şi simplu în

culisă maniera de alegere în fațadă. Profilul culisei nu este altceva decât continuarea profilului fațadei.

b. O concordanță dintre profilul culisei şi profilul complementar teoretic dovedeşte că contratendința pe care o bănuim puternică, este foarte activă în fundal. În aceste cazuri, diferența dintre forța fațadei şi forța culisei nu este exagerat de mare, că, deci în fundal nu există o contraforță prea accentuată care să poată erupe în fațadă.
c. Dar este posibilă o reacțiune pozitivă sau negativă în profilul culisei, atunci când bolnavul a avut în fațadă o descărcare, deci o reacție nulă şi când în profilul complementar teoretic este de aşteptat o bitendință, deci o dublă tendință. Fireşte că în asemenea situații reacția pozitivă sau negativă în culisă se va arăta ca un cantitativ în tensiune (+!, +!!, +!!!, -!, -!! sau -!!!), în funcție de faptul dacă bolnavul are de format o a doua reacție din 4, 5 sau 6 poze.

În cazul variantei „C", bolnavul putea alege desigur o reacție bitendentă din cele 4 sau 5 poze rămase. Dar el alege una pur pozitivă sau negativă. Deci, forțele din culise nu sunt capabile să reconstruiască tendințele care năvălesc în inconştient, în două direcții. Culisa alege una din tendințe, pozitivul sau negativul.

Analiza reacției bitendente a profilului culisei:

Din pozele rămase din profilul fațadei, bolnavul poate alege o reacție bitendentă, numai în cazul în care au rămas 4, 5 sau 6 poze, deci când pentru fațadă a ales 2, 1 sau niciuna. Bolnavul avea deci posibilitatea să aleagă numai o direcție (pozitiv sau negativ), dar el alege ambitendința. Interpretarea depinde aici de faptul dacă există sau nu concordanță cu profilul complementar teoretic.

a. În cazul în care bolnavul alege la profilul fațadei numai o poză, sau nici una sau două şi face din ele o reacție nulă +1/-1, atunci este firesc ca în profilul complementar teoretic este vorba de o bitendință. Dacă şi la profilul culisei persoana alege bitendent, aceasta înseamnă că în culisă, deci în inconştient, bitendința este extrem de activă.
b. Dar dacă bolnavul alege la profilul fațadei două poze din care face o reacție pozitivă sau negativă, slăbuță (doar +2 sau -2), atunci la profilul teoretic complementar este de aşteptat o reacție pozitivă sau negativă. Deci reacția bitendentă în profilul culisei înseamnă o nouă orientare de vreme ce nici în fațada şi nici în profilul teoretic nu a fost o ambitendință sau bitendință. Această nouă orientare bitendentă trebuie înțeleasă ca apariția unei noi modalități de alegere. Despre o concordanță a bitdendinței dintre profilul culisei şi cel al fațadei nu poate fi vorba, din rațiuni numerice. În schimb sunt posibile trei modalități de alegere a profilului culisei:

În prima variantă, se continuă de alegere din fațadă, ceea ce înseamnă puterea exagerată a tendințelor din fațadă şi relativa slăbiciune a culisei. Concordanța dintre profilul fațadei şi cel al culisei permite un prognostic în sensul că tendințele din culisă vor trece gradual şi spontan, dar şi în trepte, în fațadă şi se vor dizolva.

În a doua variantă alegerea merge în direcția adevărată a culisei, a inconştientului, deci şi în direcția profilului experimental complementar. Această modalitate de alegere a culisei este o dovadă că tendințele din inconştient nu sunt neputincioase, că ele funcționează destul de intens şi că dacă dintr-un motiv oarecare, tendințele din fațadă ajung în impas, cele de fundal preiau imediat comanda. Concordanța dintre profilul teoretic experimental şi cel al culisei înseamnă din punct de vedere prognostic, fie că inconştientul dirijează foarte intens alegerea, dar şi că suntem atenționați de posibilitatea ca inconştientul să erupă brusc, în fațadă. În asemenea cazuri o metodă terapeutică de şoc, somn sau analiză tipică, poate schimba radical individul, terapia având rezultate foarte bune.

În a treia variantă, în profilul culisei intervine o nouă orientare. Reacțiile profilului culisei nu seamănă nici cu cele ale fațadei, dar nici cu cele ale profilului complementar.

La a doua alegere, bolnavul se orientează într-o direcție care nu este nici perfect nouă,, dar nici un compromis de contaminare între profilul fațadei şi cel complementar teoretic. Este posibil ca în această variantă să fie vorba de manifestarea unui inconştient familial, foarte profund ancestral.

Principiile de interpretare ale metodei complementare pot fi rezumate astfel:

I. **Profilul fațadei** reprezintă acele tendințe familiare care posedă cea mai intensă putere de a răzbate la suprafață. Ele sunt parțial satisfăcute, parțial trăite conştient, dar parțial ele stăruie la granița dintre conştient şi inconştient, uzând de metodele de defensă ale Eu-lui, pentru a pune în mişcare diverse mecanisme patologice sau nu.

II. **Profilul complementar teoretic** face vizibilă adevărata culisă a omului, adevăratele tendințe ale inconştientului. Este vorba de persoana profundă a omului, scindată şi refulată în adâncuri. Persoana este completă numai prin sudarea între aceste două realități pe care testul le arată. Profilul personal complet înseamnă unitatea dintre profilul fațadei şi cel complementar teoretic.

III. **Profilul culisei (cel experimental)**, nu are voie să fie interpretat decât în funcție de concordanța sa cu profilul fațadei sau cu cel teoretic. Profilul culisei nu este interpretabil simplu, ci numai analizabil pe coordonate de concordanță. Valoarea practică a profilului culisei revelează proporția de forțe dintre tendințele manifeste şi latente, dar şi în evidențierea diferitelor posibilități pe care le va lua destinul individual. Analiza concordanței dintre profilul culisei şi cel teoretic, pe de o parte, cu cel al fațadei, pe de altă parte, ne pot arăta posibilitățile prognostice ale diverselor terapii din psihiatrie.

Psihoza maniaco-depresivă

Sindromul clinic al maniei şi al melancoliei

De când Kraepelin şi Weyhandt au stabilit (1899 şi 1902) bipolaritatea maniaco-depresivă, abia dacă s-a mai schimbat ceva în acest domeniu de studiu. Simptomele opuse ale maniei şi depresiei pot fi formulate astfel:

Bipolaritate	**Depresie**	**Manie**
I. Afectivitate	Tristețe, indispoziție, disperare	Euforie, bună dispoziție nemotivată, veselie
II. Asociație, gândire	Inhibiția gândirii, sărăcirea întregului, fenomen psihic	Fuga de idei, asociație încâlcită, superficială, luxuriantă
III. Funcțiile centrifugale, psihomotilitatea	Inhibiția mişcărilor, a comportamentului, a hotărârii	Excitație psihomotorie, logoree, impuls spre acțiune

Pe măsură ce vom descrie sindromatica experimentală a maniacodepresivilor vom putea demonstra cât de multă eroare există în afirmația psihiatriei clinice, atunci când caută să explice mono-dimensional, numai în funcție de deranjul afectivității, psihoza maniaco-depresivă. Marea majoritate a clinicienilor şi-au imaginat psihoza maniaco-depresivă ca şi cum la baza ei nu ar sta nimic care să fie în legătură cu o manieră particulară de defensă a Eu-lui, ca şi cum afectivitatea ar fi singurul şi cel mai important lucru în etiologia psihozei maniaco-depresive.

S-a crezut în mod eronat că tulburările Eu-lui sunt tulburări accesorii în psihoza maniaco-depresivă, că numai tulburările afectivității ar fi esențiale şi importante pentru ea.

Psihoza maniaco-depresivă şi psihanaliza

Freud căuta să explice melancolia în paralel cu efectul fiziologic al doliului. Dar cazurile lui Freud se limitează numai la acele depresii care au o etiopatogeneză reactiv-psihogenă indiscutabilă. Pentru Freud, doliul este reacția față de pierderea unei persoane iubite sau a unei abstracții care înlocuieşte această persoană, cum ar fi Patria, Libertatea, orice ideal. Freud crede că există oameni cu dispoziție astfel directivată, ca la asemenea pierderi să nu reacționeze cu doliul fiziologic, ci cu melancolie. Toate simptomele melancoliei (în afară de tulburările Eului, sentimentul Eului deranjat) pot fi găsite şi la doliul melancoliform. Melancolia şi doliul au aceleaşi trăsături specifice: dispoziția tristă şi dureroasă, pierderea interesului pentru lumea exterioară, în măsura în care aceasta

nu este legată de persoana dispărută, incapacitatea de a forma un nou Obiect libidinal, deci incapacitatea de a înlocui Obiectul pierdut cu unul nou. Mecanismul doliului constă în faptul că în clipa în care persoana îndoliată observă pierderea Obiectului, ea îşi formează un Obiect imaginar (dorința, delirantă) similar cu cel pierdut, pe care-şi centrează întreaga energie libidinală. La persoana normală toate aceste mecanisme sunt de scurtă durată, adaptată realității. În melancolie intervine un proces similar. Dar Obiectul libidinal (indiferent că este o persoană sau un ideal) nu trebuie să dispară numaidecât în mod real. De multe ori melancolicul, nici măcar nu-şi dă sieşi informații, în mod conştient, despre ce a pierdut.

Melancolicul, spune Freud, nici nu ştie ce a pierdut. Dar de vreme ce la doliul fiziologic lumea exterioară devine săracă şi neinteresantă, în melancolie Eul este cel care se goleşte de orice conținut afectiv, care devine sărac, autoacuzat, devalorizat, incapabil de orice randament. Melancolicul are un delir de sărăcire, de devidare, tocmai că Eul este sărac şi gol.

Eu-l melancolicului este automistuit de bolnav, astfel că bolnavul are dreptate când se consideră mic, egoist, dependent. Totuşi melancolicul nu se comportă exact la fel ca un om normal sfâşiat de mustrări de conştiință şi tristețe. Melancolicul găseşte o oarecare fericire în exhibarea nefericirilor sale. De aceea există o oarecare contradicție în comportamentul melancolicului. Ei se comportă ca şi cum ar fi pierdut Obiectul libidinal, dar din autoacuzările lor reiese, dimpotrivă, că şi-au pierdut propriul Eu. De aici Freud deduce că în Eul melancolicului s-a produs o scindare. O parte a Eului se comportă față de cealaltă în mod critic, imputativ, înjositor. Această parte a Eului care exercită critica, care chinuieşte cealaltă parte a Eului, care torturează restul Eului, cu severe legi morale şi mustrări de conştiință, este numită de Freud, Supraeu. Funcția de bază a Supraeului este Conştiința morală. În melancolie, Supraeul este cel bolnav el este cel care execută o cenzură prea severă, care umileşte, care pedepseşte, care autoacuză. Prin analiza acestor autoacuzări, Freud a ajuns la concluzia că: autoacuzările şi imputările sunt mai puternice, nu cele care emană din propria persoană, ci cele care emană de la persoana pierdută, de la Obiectul libidinal pierdut sau presupus pierdut. Mustrările de conştiință şi reproşurile pe care melancolicul şi le face, sunt în realitate reproşuri asupra unui Obiect libidinal care prin intermediul melancoliei se proiectează asupra propriei persoane. Lamentațiile melancolicului sunt în fond învinuiri, pâre.
Melancolicului nu îi este ruşine şi nu se ascunde pentru că orice se spune umilitor despre el, şi el spune în realitate despre un altul.
Treptele care duc la procesul melancolic sunt următoarele:

1. Bolnavul s-a fixat libidinal, în trecut, de un Obiect.
2. Relația cu acest Obiect a fost deranjată, fie de o dispută reală, fie de o deziluzie.
3. La această zdruncinare melancolicul nu reacționează normal. O persoană normală îşi retrage în această situație libidoul de pe Obiectul respectiv şi caută altul care să-l satisfacă. Melancolicul reacționează patologic la deziluzie. Melancolicul îşi retrage energia libidinală de pe vechiul Obiect, dar nu o aruncă imediat asupra unui Obiect nou, ci îşi retrage toată energia libidinală în sine. Prin aceasta, în retragere în sine, energia libidinală devine din nou narcisică, şi este din nou utilizată la identificarea Eului cu Obiectul pierdut. Astfel pierderea Obiectului devine pierderea Eului, dintr-o lamentație a Obiectului şi la obiect, se face o lamentație a Eu-lui, iar conflictul dintre persoană şi Obiect se transformă în conflict între Eu şi Supraeu. Supraeul devine purtătorul caracteristicilor de mai demult ale Obiectului pierdut, printr-un singur proces de identificare.
4. În ceea ce priveşte dispoziția de reacție, atât de patologică, a melancolicului, Freud recurge la o explicație a lui O. Rank, care contestă că premorbid toți melancolicii au fost narcisici. Regresia la faze narcisice nu este o întâmplare la melancolici.
5. Identificarea cu Obiectul libidinal este la melancolic o trăsătură specifică. Identificarea narcisică este un surogat pentru relația erotică normală. Urmarea acestei identificări narcisice este că persoana, în ciuda conflictului, nu trebuie şi nu rupe toate relațiile cu Obiectul respectiv. Freud numeşte maladii narcisice acele afecțiuni la care iubirea Obiectuală este înlocuită cu identificare. Identificarea este aici, în acelaşi timp, şi regresia la narcisismul primar. Maladii

narcisice ar fi după Freud: melancolia şi schizofrenia (şi Landauer a observat în procesul de vindecare psihoterapeutică a schizofreniei unele faze ale narcisismului primar).

6. Dar cum ia naştere proiectarea tuturor acestor caracteristici pe propria persoană? În mod inconştient melancolicul a renunţat la Obiectul respectiv, dar iubirea în sine rămâne nestinsă şi acţionează ambivalent, deci iubire-ură. Obiectul este acuzat, înjurat, înjosit. Din cauza narcisismului primar, iubirea faţă de obiect, devine în mod necesar ambivalentă, conflictuală. Aceasta poate fi şi un dat constituțional, dar poate fi şi urmarea unei ameninţări, a unui mare pericol. Dar odată ce melancolicul s-a identificat cu Obiectul pe care îl iubeşte, este silit să se urască pe sine însuşi, este silit să-şi îndrepte sadismul împotriva lui însuşi. Ideea de suicid rezultă din această orientare a sadismului. În realitatea interioară, psihică, evident că melancolicul ar vrea să ucidă Obiectul iubit-urât. Nimeni nu se gândeşte la sinucidere dacă nu a dorit în prealabil să ucidă pe altcineva. Toate impulsurile de criminal, melancolicul le repliază pe sine. Regresia narcisică a anulat Obiectul iubit-urât, dar Obiectul introiectat în Eu, încorporat în propria persoană, sileşte acum propriul Eu, şi vrea să-l ucidă.
7. Frica de sărăcire şi orice idee delirantă melancolică este intricată cu erotica anală, cu sadismul anal care se direcționează împotriva propriului Eu, de aici rezultând grave tulburări digestive ale melancolicului: diaree, constipație, meteorismul.

Pentru psihanalişti părţile componente melancoliei sunt:

a. Doliul;
b. Regresie la narcisismul primar;
c. Conflict de ambivalenţă: ură-iubire;
d. Regresie la stadiul sadic-anal.

Despre manie Freud spune următoarele:

1. În manie Eul luptă cu acelaşi conflict ca şi în melancolie, dar în timp ce în melancolie acest conflict doboară Eul, în manie, Eul este triumfător.
2. Mania este un triumf asupra Supraeului, dar Eul nu ajunge niciodată conştient de acest triumf, nu ştie de ce triumfează. Înfrângerea Supraeului are ca şi consecinţă pierderea oricărei inhibiţii şi rezultă: impuls spre mişcare, spre activitate, dar mai ales euforia şi supraaprecierea propriului Eu (ideile de grandoare şi fanfaronie ale maniacului).
3. În manie, Eul a învins disperarea cauzată de pierderea Obiectului, el s-a detaşat de Obiect, el este liber.

Cele mai complete studii despre manie şi melancolie cu testul Szondi îi aparţin lui Illyes-Kosmutza.

Testologia melancoliei

Sindromul depresiv cel mai tipic este:

d	m	h	k	s	d+, h+, m± (-), e-, hy+, p-, s-
+	±	+	+	-	

- Melancolicul tinde spre *iubire şi tandreţe pe care nu o poate găsi*: **d+/h+**
- În faza melancolică **d** şi **h** nu au voie să fie niciodată **0** pentru că nu sunt niciodată satisfăcuți
- Mania începe însă cu **d0**
- Melancolicul nu poate găsi un obiect nou;
- Melancolicul se află într-o legătură ambivalentă nefericită faţă de vechiul Obiect (**m±**), El nu poate găsi Obiectul cu toate că uneori vrea aceasta: **m-**
- Melancolicul doreşte ca şi Cain să ucidă, să distrugă, pentru că faţă de Obiect este ambitendent, îl iubeşte, dar vrea să-l nimicească pentru că nu se poate despărți de el: **e/hy+**

- Această legătură ambivalentă este cauza cea mai adâncă pentru care nu poate găsi un Obiect nou, cu toate că năzuieşte spre iubire: **d+/h+**
- Narcisism, egoism, introiecţie şi identificare activă: **k**+; legătura ambivalentă îşi are obârşia în narcisism sau invers, că persoana regresează la narcisismul primar, tocmai că nu mai poate suporta conflictul ambivalenţei în legătură. Dar, ca mecanism de apărare **k-**, înseamnă încorporarea Obiectului iubit-urât. Faptul că melancolicul face des reacţie Cain este dovada că Obiectul de care a fost legat ambivalent este introiectat. În consecinţă, această introiecţie a Obiectului urât este auto-ura, deci auto-acuzarea. Afectele dure: ura, furia, răzbunarea, se îndreaptă împotriva lui însuşi.
- Astfel că se ajunge, fatalmente la îndreptarea sadismului împotriva propriei persoane: **s-**
- Legătură ambivalentă: persoana iubeşte şi urăşte vechiul Obiect (**m±, m-**).
- Din cauza narcisismului primar (**e-**) nu se poate detaşa de ea (**hy+**), dar nici nu poate găsi alt Obiect (**k+**).
- Obiectul urât este introiectat (**k+**) şi ajunge narcisică, şi îşi direcţionează sadismul împotriva propriului Eu (**s-**).
- Reacţia Eului este autist narcisică şi introproiecţia: **k+**.
- Mecanismul de apărare a melancolicului este introproiecţia autistă (**p-**), mecanism care survine în ambele afecţiuni narcisice ale lui Freud: schizofrenia şi melancolia; **p-** fiind introproiecţia atotputernicei infantile, iar **k+**, fiind încorporarea narcisică a acestor tendinţe spre atotputernicie. Dorinţa de atotputernicie este exact la fel de dezvoltată şi în schizofrenie şi în melancolie, atât doar că în schizofrenie această încorporare reuşeşte perfect (pentru că în delirul de grandoare poate fi realmente: Împărat, Zeu sau Conducător), în timp ce la melancolic atotputernicia se manifestă după introiectare, ca vină absolută, culpă atotputernică. Pentru că a suporta culpa pentru tot ce e rău în lume (melancolicul) este tot atât de mult grand-autistă, ca şi grandoarea de a domina lumea ca Rege, Zeu sau Unda electromagnetică. În acest punct, Eul melancolic este tot atât de tulburat, de aceiaşi manieră ca şi schizofrenul simplu autist.

Ambitendinţa legăturii Obiectuale:	m±
Învinuirea Obiectului cu ura şi dorinţa de crimă şi ucidere:	P-/+ (Cain)
Identificarea cu Obiectul urât şi regresia la acest stadiu narcisic:	k+
Întoarcerea sadismului împotriva propriei persoane	s-
Melancolicul caută mai departe după tandreţe şi iubire, dar din cauza tulburării de introiecţie şi ambitendinţei nu poate găsi un Obiect nou:	d+; h+
Melancolicul introiectează tendinţa spre atotputernicie	Sch+/+
Datele de mai sus ne fac să considerăm melancolia drept o tulburare autistă a Eului	

Testologia maniei

				Manie
d 0	m -	k -!	s +!	m- d0
Nestatornicie C0/-		Devalorizare	Agresivitate	k-!, k-!! p- s+!, s+!! h+ e+ hy-

m- înseamnă detaşare totală, eliberare de orice legătură, pentru că maniacul s-a detaşat de orice problematică, pe care i-ar fi ridicat-o pierderea Obiectului. El s-a detaşat de orice legătură cu Obiectul şi de orice legătură care presupune o scară valorică cu lumea.

d0 înseamnă: toană, agitație psihomotrică, căutare necontenită, pierderea oricărei scări a valorilor. Maniacul poate să-şi satisfacă dorința sa de căutare eternă, dar o satisface ca un copil nestatornic, pentru că se apucă la întâmplare de tot ce vede şi nu se opreşte la nimic. Dorința lui de satisfacere este patologică tocmai pentru că are în sine pe acest „imediat" şi pe acest „tot". Dar „d0" înseamnă şi pierderea oricărui etalon de valoare, pentru că maniacul căutând mult, caută după tot şi nu ține seama de calitatea Obiectelor de care se leagă, nu le mai selectează. El caută fără a face în prealabil sau ulterior, vreo considerație asupra valorii în sine a Obiectelor.

k-!: înseamnă devalorizarea tuturor valorilor, atitudine iconoclastă față de orice ideal, care este în directă legătură şi explică chiar pierderea etalonului amintit mai sus. În faza maniacală, bolnavul devalorizează complet toate acele Obiecte la care a fost silit să slujească în faza melancolică.

s+!!: înseamnă activitate crescută, alosadism crescut. Este exact inversul lui „s-„ din melancolie, când era silit să se inhibe, să se autosaboteze, să-şi îndrepte sadismul împotriva lui însuşi. Rezultatul acestei întoarceri totale, de 180" este: logoree, agitație psihomotrică, agresivitate sexuală.

e+/hy- înseamnă complex Abel, care este o transformare a Cainului (P-/+), din melancolie în Abel (p+/-). De vreme ce maniacul a dărâmat Obiectul urât, idealitatea lui, el îşi poate permite să fie bun cu el însuşi, agresivitatea o păstrează numai pentru ceilalți.

În felul acesta, testul Szondi adevereşte punctul de vedere psihanalitic al maniei în două puncte. În manie bolnavul poate depăşi pierderea Obiectului şi să se elibereze total de el (m-), şi, mania este un triumf asupra Supraeului (k-!). Eul înfrânge complexul melancolic prin devalorizare, prin dezimaginare.

Psihopatologia psihozei maniaco-depresive

Pe baza analizei Freudiene şi pe baza rezultatelor testului Szondi, etiopatogeneza maniaco-depresiei poate fi formulată astfel:

1. Bolnavii predispuşi spre îmbolnăvire maniaco-depresivă au o predispoziție de a reacționa narcisic şi autist la orice deziluzie.
2. În virtutea acestei predispoziții narcisic-autiste a Eului, maniaco-depresivii îşi aleg Obiectul libidinal în manieră narcisică. Partenerul ales tinde tot mai mult spre atotputernicie ca şi bolnavul, fiind la fel de narcisic.
3. Această alegere nefericit narcisică, este cea care stă la baza legăturii dificile în căsătorie, în profesie, în societate şi oriunde în orice relație socială, deoarece ocazionează conflicte ambivalente.
4. Conflictul ambivalenței transformă şi aşa incerta iubire pentru Obiect în ură. Astfel, bolnavul acumulează în sine ura, răzbunarea şi furia împotriva Obiectului privit ambivalent şi tocmai pentru că bolnavul nu poate intra total în posesia Obiectului. Bolnavul ar dori mai bine să se elibereze de Obiect.
5. În această clipă intervine dintr-un motiv oarecare din exterior, pierderea reală sau imaginară a Obiectului.
6. În virtutea structurii sale narcisice atotputernică, bolnavul reacționează patologic la această pierdere. El porneşte în căutarea unui nou Obiect, dar nu îl poate găsi, de vreme ce nu se poate detaşa de cel vechi cu care s-a identificat.
7. Reacția Eului este patologică față de pierderea reală sau imaginară a Obiectului, de vreme ce încorporează prin introiecție Obiectul urât-iubit. Introiecția se petrece într-o fază de ură paroxistică. Introiecția Obiectului urât aduce după sine faptul că persoana se autoumileşte, se urăşte, se acuză. Această îndreptare a sadismului împotriva lui însuşi este urmarea identificării patologice cu Obiectul urât. În acest fel, bolnavul se autochinuie luni în şir până intervine.
8. Faza maniacală, care debutează printr-o întoarcere de 180" a Eu-lui în care bolnavul devalorizează Obiectul urât cu care melancolicul se identificase din funcția idolatră a Eului „k+!"

se ajunge la o funcție iconoclastă „k-!” care distruge toate idealurile, şi mai ales pe cele introiectate.

9. Dar, în manie nu sunt distruse idealurile formate în legătură cu Obiectul urât din faza melancolică, ci toate idealurile, pentru că Eul maniacului nu mai cunoaşte nici un fel de ideal. Maniacul nu mai are nici un etalon valoric, nu mai are o scară de valori la care să-şi raporteze existența. Maniacul se desprinde de orice valoare şi aleargă la întâmplare după orice valoare mare sau mică care îi este în preajmă. Astfel el devine nestatornic.

Psihoza maniaco-depresivă nu este primar afectivă, ci, una care rezultă din deranjurile în raporturile Eului, în procesele de identificare ale Eului. Tulburarea afectivă din psihoza maniaco-depresivă este doar consecința unui grav faliment al Eului, al identificării sale şi al introiecției. În faza melancolică este vorba de forma patologică a introiecției. În manie este vorba de o devalorizare a tuturor valorilor, dezimaginare şi destrucție. La maniac, însăşi neputința, incapacitatea, devine ideal. Contra a ceea ce se crede clinic, maniacul este foarte departe de orice triumf hedonist, pentru că maniacul se simte atât de aproape de moarte, încât nici o valoare nu mai are preț pentru el, totul este inutil şi tern, pentru că nici un Obiect nu mai este în centrul atenției, deoarece toate din preajmă sunt pentru o clipă în centrul atenției. Maniacul se simte atât de aproape de moarte, încât nu se mai poate acorda valoare sau plăcere izvoarelor obişnuite a fericirii părinteşti. El se leagă de un Obiect sau altul, dar fără forța formativă, fără ideal, pentru că el ştie că pentru el orice Obiect a devenit fără valoare. Veselia maniacului nu este o bună dispoziție autentică. Maniacul este cel mai trist şi cel mai nefericit individ de pe pământ. Dacă priveşti mai atent destinul şi profilul clinic a unui maniac, vei putea observa că este mai înrudit cu moartea, decât pare melancolicul. După cum catatonia pare a fi o încercare de vindecare spontană, naturală, a paranoicului, tot aşa mania nu este altceva decât o încercare disperată a firii de a vindeca accesul melancolic. În faza dintre accesul melancolic şi cel maniacal, bolnavul devine conştient de motivele îmbolnăvirii sale.

Melancolicul nu are niciodată semnul devenirii conştiente a unui motiv de boală „p+”, maniacul are totdeauna semne discrete de conştientizare, de luciditate: Sch-/+ sau Sch-/±. Dar, nici această luciditate asupra motivelor de boală nu-l ajută mult pe individ, pentru că esențialul îmbolnăvirii maniaco-depresive este tocmai suprafuncționarea inconştientă a Eului care ia atitudine, a poziției „k” a Eului. Esența psihozei maniaco-depresive este o tulburare a funcției egosistolice, bazat pe o anomalie primară „a contactului”.

Rămâne totuşi o problemă deschisă: de ce există faze maniacale fără cele melancolice, de ce există faze melancolice ce nu sunt urmate de faze maniacale.

Credem că, niciodată nu lipseşte faza respectivă, doar că este foarte scurtă şi de nivel subclinic. Este o asemănare între paranoia şi melancolie, pe de o parte, între manie şi catatonie, pe de altă parte. Melancolia şi schizofrenia paranoidă, tind spre scindarea diagonală a antinomiei instinctive şi spre autosadism. Mania şi catatonia au aceleaşi semne ale devalorizării „k-!”, la maniac cu proiecție (Sch-!/-), iar la catatonic cu golirea conştiinței, refulare (Sch-!/0). Atât catatonicul, cât şi maniacul îşi orientează agresiunea spre exterior, rezultă alosadism: s+!!. Dar, deosebirea esențială se află în maniera contactului. De vreme ce paranoicul are mai mult manieră hipomaniacală C0/- sau C+/-, pentru melancolic este specifică căutarea eternă pe lângă o legătură ambivalentă C+/±. De vreme ce catatonicul are un baraj total față de contact (C-/-) sau anularea totală a contactului (C0/0), pentru maniac este caracteristică legătura nestatornic-hipomaniacală: C0/-. Aceste corelații arată cât de întemeiate sunt afirmațiile despre cazurile mixte: melancolie paranoidă, depresie paranoidă, mania stuporoasă, catatonia agitată.

Concluzii la maniaco-depresive

Sindrom la test	**Sindromul melancolic**	**Sindromul maniacal**
Manieră de rezolvare a antinomiei instinctive	Scindare diagonală mai ales la Eu; tritendința la contact	Unitendință în con- negativ la Eu şi supratensiune la factorul **k**; pozitiv la sex cu supratensiunea lui **s**
Clasa instinctivă	**d+ h+ e- hy-**	**m- p- hy-**
Formula instinctivă	**m± hy± d+ k+ s- h+**	**d0 m0 m- k-! s+!**
Pericole instinctive	Introproiecție: **Sch+/-** Introproiecție totală: **Sch+/0** Tritendință în contact: **C+/±**	Nestatornicie: **C0/-** Devalorizare: **k-!** Hiperactivitate agresivă: **s+!**
Tensiuni cantitative	Căutare eternă: **d+!** Hiperintroiecție: **k+!** Tendință la tandrețe: **h+!**	Eliberare de lume: **m-!** Dezamăgire: **k-!** Hiperactivitate: **s+!**
Centrul	e hy k p - + +! - 0 0 +! - 0 + + - 0 + + 0	e hy k P 0 0 -! - 0 + -! - + - -! - ± 0 -! -
Cuplare patognomonică	d m h k s +! ± + +! -	m d k s -! 0 -! +!
Defensa Eului	Introproiecție: **Sch+/-** Totală introiecție: **Sch0/+** Defensă obsesivă: **Sch±/0**	Devalorizare destructivă: **Sch-!/-**
Contactul	Legătură ambitendentă: **C+/±** Căutare eternă: **d+**	Reacție hipomaniacală: **C0/-** Baraj la contact: **C-/-**
Sexualitatea	Masochism: **S+/-** Unitendința tandreței: S+/0	Supratensiune în sex: **S+/+!!**, **S+!/+!!**
Afectivitatea	Tendința Cain: **P-/+** Anxietate de relație: **P0/0** Anxietate de relație senzitivă: **P0/-** Descărcare afectivă: **P0/0**	Descărcare afectivă: **P0/0** Oscilații între Cain şi Abel: **P+/-**; **P-/+** Anxietate de relație senzitivă: **P0/-**

Ipohondria

Despre ipohondrie se poate spune că este un simptom în care bolnavul îşi îndreaptă exclusiv atenţia asupra propriei gândiri, bazându-se pe tulburări minime sau închipuite, el se crede iremediabil pierdut, că este deja bolnav sau că va fi, aceste moduri de gândire declanşând o profundă depresie. Ipohondria nu este o îmbolnăvire independentă. Vom deosebi următoarele specii:

1. Ipohondria nevrotică sau isterică, în spatele căreia vom depista cu mare uşurinţă relaţia libidinală faţă de Obiect.
2. Ipohondria autentică sau psihotică care apare:
   a. în schizofrenie, ca halucinaţie somatică, mai ales în hebefrenie;
   b. la maniacodepresivi.

La aceste forme nu se mai poate simţi nimic din componenta obiectuală, libidinală a ideii ipohondrice.

Simptomul principal al ipohondriei este autoobservarea, spionarea atentă a tuturor senzaţiilor propriului corp, care în acest caz, este o percepţie îndreptată înspre interior. Obiectul observării poate fi propriul corp, în acest caz toată atenţia şi tot interesul se concentrează pe propriul corp, dar şi pe propria gândire, pe întregul proces mintal al gândirii. Psihanaliştii sunt de părere că, în cazul ipohondriei, o parte a corpului sau un cerc de preocupări ale gândirii sunt asediate şi ocupate libidinal, fiind un asediu narcisic ca urmare a unei refulări libidinale. Refularea respectivă va încerca să elimine din corp sau gândire, organul sau cercul de gândire respectiv.

A da atenţie ipohondrică unui organ sau complex de idei, înseamnă, în mare măsură, făcând o comparaţie cu percepţia spre lumea exterioară, a obiectiva domeniul respectiv. Această obiectivare este concomitentă cu eliminarea în Obiect, ceea ce înseamnă că este vorba de un mod particular de defensă a unei instanţe superioare, prin această instanţă superioară apărându-se de o serie de circumstanţe, neplăcute, incomode. Deci, procesul obiectivării porneşte de la Supraeu, fiind în strânsă legătură, cel puţin la începutul afecţiunii, cu instanţele refulante. Obiectivarea sau izolarea în Obiect se întâmplă numai cu asemenea organe sau idei care sunt puternic încărcate libidinal. În cazul ipohondriei, perceperea lumii exterioare este nealterată, dar, această lume exterioară, atât persoane, cât şi obiecte inanimate, nu mai prezintă pentru bolnav nici un fel de interes. Organul ipohondrizat (Freud) atrage magnetic asupra sa tot interesul individului. Organul ipohondrizat ia locul şi se substituie organului genital, fiind chiar descrisă sub o simbolică extrem de transparent erotic: tensiune, întărire, mărire, micşorare, deci atribute care sunt de obicei atributele penisului.

Etiopatogeneza ipohondrică evoluează pentru psihanalişti în următoarele etape:

1. O anumită cauză sau ocazie actuală cauzează undeva în trup sau în minte o stagnare, inflaţie libidinală.
2. Această stagnare libidinală ocazionează un punct de fixare oarecare: testicul, uter, abdomen, creier. Acest punct fixat se descoperă într-o fază narcisică.
3. Dar, Supraeul interzice această ocupare libidinală, această fixare, şi se apără împotriva ei prin obiectivare.
4. Iată de ce bolnavul priveşte porţiunea corporală încărcată libidinal şi narcisică ca şi cum ea ar aparţine lumii exterioare.
5. În felul acesta senzaţiile corporale se transformă în percepţii interne, ceea ce clinic se traduce prin introspecţie, autoobservare exagerată.

Testologia ipohondriei

Din punct de vedere al testului, distingem două faze ale ipohondriei:

În prima fază bolnavul luptă împotriva fixării libidinale incestuoase	k- p+ d- m+
În faza a doua iubirea şi anxietatea care până acum erau fixate pe Obiectul incestuos, sunt proiectate. Iar Obiectul iubit şi generator de anxietate este introiectat în Eu	p- k+
Bolnavul trăieşte într-o legătură incestuoasă cu tata sau cu mama; Legătură incestuoasă; Luptă împotriva iubirii incestuoase; Aceste două faze sunt obligatorii în debutul oricărei ipohondrii	Sch-/+, C-/+ C-/+ Sch-/+
Supraeul obligă bolnavul să renunţe la iubirea incestuoasă, dar nu prin mecanismele refulării, ci prin cel al introproiectării	Sch+/-
Bolnavul nu se poate separa de vechiul Obiect încărcat libidinal Pentru că tendinţa perseverării este prea mare	C+/- d-
Persoana nu se poate sepaera de iubirea incestuoasă, în schimb anxietatea că tata şi mama ar putea muri este introiectată în Eu.	k+
Din această clipă bolnavul se teme ca nu cumva chiar el să moară. Din frica ca nu cumva ca mama sau tata să se îmbolnăvească sau să moară, se ajunge la frica să nu se îmbolnăvească sau să moară chiar el însuşi, deci, s-a ajuns la o anxietate narcisică. Organul ipohondrizat nu este decât un surogat pentru iubirea şi anxietatea incestuoasă. Iată de ce apare la debut.	e hy k p 0 - - + + - - + d m - +

Trăsăturile unei astfel de ipohondrii se socializează în următoarele profesii: profesor, logician rece, matematician teoretic, fizician, etician teoretizant, gânditor formalist, estetician, psiholog rece şi psihiatru fără inimă. Dacă socializarea în sensurile amintite nu reuşeşte, dacă nu se poate fixa într-o asemenea profesie narcisică, se întoarce în clasa ipohondrică **p+** sau trece în:

Ipohondrie psihotică, deci cu halucinoza somatică, idei delirante în legătură cu organele ipohondrizate, cum se întâmplă în hebefrenie şi depersonalizare	p-/h-
Schizofrenie cu elemente depresive şi ipohondrice	d+/hy-
Ipohondria clasică	k0 h0 s0 p+ d- m+ e+ hy-
Forma narcisică	p±(0) e0 s0, k+ d- m+ hy- h-
Forma psihotică: ▪ Varianta I ▪ Varianta II	 p0 (±) d0 (±) k- s+ m+ s± (0) p± (0), d- k-
Psihoze mixte ▪ Varianta I ▪ Varianta II ▪ Varianta III	 e0 k0, hy- p- e0 d0(±), hy- m- e0 m0(±), hy- d+
Hebefrenie cu ipohondrie	e0 h0(±) hy- s+!!
Hipomanie cu ipohondrie	p0(±) d0 k- m-

Centrul ipohondricului are întotdeauna *anxietate de culpă şi de pedepsire* în una din următoarele forme:	e	hy	k	p
Anxietate de culpă refulată inconştient	0	-	-	0
Culpă conştientă cu bune intenții	+	-	-	+
	0	0	-	+
Culpă inconştientă cu mustrări de conştiință	+	0	-	0
Culpă cu înstrăinare	0	-	-	±
Culpă cu dubiu etic	±	-	-	±
Culpă cu lamentație	0	±	-	0
Culpă cu autism	+	-	+!	-
Culpă cu obsesie	+	-	0	+!
Culpă cu acțiune obsedantă	+	-	±	+
Culpă cu refugiu în Eu	+	-	+	+
Defensele Eului la ipohondric:				
Înstrăinare	Sch-/±			
Inhibiție	Sch-/+			
Refulare	Sch-/0			
Introproiecție	Sch+/-			
Introiecție	Sch+/0			
Inflație totală	Sch0/+			
Descărcare prin obsesie	Sch±/+			
Contactul la ipohondric:				
Perseverare în incest	C-/+			
Legătură bi-obiectuală	C+/+ sau C±/+			
Frica de a nu fi acceptat	C0/+!			
Reacție hipomaniacală	C0/-			

ANEXA 1 – Definiţii terminologice

1. Schizofrenia

După Szondi, un tablou clinic al schizofreniei comportă trei grupe de simptome:

- Un complex de simptome paranoide
- Un complex de simptome catatonice
- Un complex de simptome hebefrenice

Clinic, Szondi grupează sub termenul de *schizofrenie paranoidă* boala pe care Kraepelin o numeşte *paranoia.* Sindromul de schizofrenie paranoidă cuprinde clinic:

- Idei delirante în care predomină:
  - Delirul de persecuție, de acuzare, de relație – forma paranoidă proiectivă: în test clasa Schp-
  - Megalomanie, delir mistic, delir cu dublă orientare etc. – forma paranoidă inflativă: în test clasa Schp+
- Sindromul acțiunii exterioare şi delirul retragerii ideilor;
- Tulburări psiho-senzoriale (pseudo-halucinații auditive etc.);
- Adesea bună orientare, abordare facilă, reflexie.

Cele două forme (proiectivă şi inflativă) corespund împreună la schizofrenia paranoidă – conform concepției mai vechi – paranoia, care este înglobată astăzi în noțiunea de schizofrenie paranoidă. Paranoicul este deci un schizofren paranoid.

Kraepelin a caracterizat sub termenul de *paranoia* „dezvoltarea unui sistem delirant durabil şi imperturbabil, cu o conservare perfectă a clarității şi ordinii gândirii, voinței şi acțiunii".

Termenul de catatonie corespunde în mare terminologie franceze şi corespunde în test clasei Schk cu formula p0/k-! şi sindromul C=-/- cu s-+!!.

Sindromul hebefrenic cuprinde:

- Stare demențială precoce;
- Teatralism, patetism: „poză", declamație, extaz, extravaganță;
- Faze maniace şi depresive;
- Halucinații cenestezice (idei delirante ipohondrice);
- Gândire dezlânată, atacând de preferință probleme elevate;
- Adesea homosexualitate latentă (exhibiționism latent, după S);
- Pseudologie fantastică, impulsuri agresive, asocial.

În test aparțin clasei Phy-, adesea în combinație cu clasele Cm-, Cd+ sau Schp-, Schk-.

2. Parafrenia

Acest termen este folosit în sensul pe care i l-a dat Freud. Parafrenicul se distinge prin următoarele caracteristici mai importante:

- Megalomanie (ca o consecință a acumulării de libido în Eu);
- Restrângerea intereselor în lumea exterioară (narcisism).

3. Schizomania

Semnifică o formă mixtă de schizofrenie şi de caracteristici circulare (se apropie de terminologia lui Claude).

4. Mecanisme de „constrângere"

Szondi a folosit termenul „Zwang" în trei aspecte:

- Ca simptom clinic;
- Ca formație de simptomuri;
- Ca mecanism de apărare (în acest caz s-a tradus prin termenii „mecanism de constrângere").

Ca mecanism de apărare acesta este inconştient şi face atent Eul asupra pericolelor tendințelor pulsionale. Există două funcții ale Eului: refulare şi introiecție; totodată există mai multe varietăți de Zwang:

- Sch±/0: dorințele au fost evacuate în afara conştiinței acestora (cu ajutorul lui Zwang – mecanism de constrângere);
- Sch±/+: inflația este combătută cu ajutorul mecanismului de constrângere (zwang);

- Sch±/-: proiecția este frânată cu ajutorul zwang-ului;
- Sch±/±: inflația şi proiecția sunt frânate prin zwang.

Tablourile clinice referitoare la aceste variante sunt foarte diferite. În cadrul lucrării se vorbeşte despre „obsesii" de fiecare dată când se referă la simptome clinice diagnosticabile prin zwang: idei, „ceremonii" obsesionale, compulsii etc. Din contră, atunci când este vorba despre noțiuni funcționale, de mecanisme de apărare s-a folosit termenul de „tehnică sau mecanism de constrângere".

5. Lipsa de susținere şi de reținere. Pseudomanie.

Termenul inițial folosit de Szondi (haltlos) are două sensuri:

- Subiectul care este lipsit de susținere şi reținere a pierdut sprijinul interior, fie pentru că a scăpat frânele concepției etice şi morale, fie din cauza pierderii idealurilor care-l sprijineau;
- Individul pierde reținerea sau frânele mergând spre nimfomanie etc.

Termenul arată o situație psihică profundă, la fel ca şi tabloul clinic. Când plăcerea căutată era de ordin sexual s-a folosit termenul „lipsă de frâne sexuale". Căutarea frenetică a unei plăceri s-a tradus prin pseudomanie (se poate referi la oricare nevoie pulsională).

TIPOLOGIA SZONDI

I. Tipul sexual (vector S)

1. Nevoia de tandrețe (factorul h): feminitate, pasivitate.

a) **h+**: nevoia de tandrețe fizică, senzuală, manifestată față de persoane concrete. Dorința de a primi cadouri, de a se farda, de a se face frumos(ă), sentimentalism, frivolitate, subiectivitate, conduita instinctivă (în special maternă), surescitabilitate, încredere copilărească în cei din jur, gesturi lirice.

b) **h-**: tandrețe spirituală față de colectivitate, interes pentru viitorul omenirii. Dorință de cultură, aptitudini pentru creația literară lirică.

2. Nevoia de sado-masochism (factorul s):

a) **s+**: activitate, agresivitate, sadism, spirit distructiv, criticism, obiectivitate, simțul realității, aptitudini pentru tehnică; masculinitate, spirit paternal.

b) **s-**: pasivitate, dăruire de sine, masochism, spirit de sacrificiu, dorința de a fi protejat, spirit civilizator.

II. Tipul paroxismal (vector P)

1. Nevoia unei conduite etice (factorul e).

a) **e+**: tendința spre bine, spirit de justiție, de echitate; puternică cenzură etică de natură etică; ingenuitate, milă, bunăvoință, tendința de a-i ajuta pe cei oropsiți; umanism religios şi etic (preoți, judecători); sentimente sociale.

b) **e-**: tendință spre rău, acumulare de afecte brutale ca furie, coleră, ură, dorință de răzbunare; tendință de explozie afectivă negativă; preferă ocupații dinamice sau din domeniul pirotehnic.

2. Nevoia unei conduite morale (factorul hy).

a) **hy+**: tendință de a se da în spectacol, exhibiționism, sete de glorie, vanitate, dorințe de a părea, de a place, de a fi apreciat favorabil; cochetărie; aptitudini pentru teatru, politică, dans, model, manechin etc. (dorința de a părea în societate).

b) **hy-**: tendință de a se ascunde, cenzură morală externă, jenă, timiditate, tendință spre minciună, anxietate; retragere, înclinații către artă.

III. Tipul schizoid (vector Sch)

1. Nevoia de cuartație a Eului (factorul k).

a) **k+**: tendință de narcisism, introversiune, egoism, egocentrism; raționalism, logică perfectă, realism, rigiditate; aptitudini pentru meseriile de profesor, ştiințe exacte şi abstracte (matematică, filozofie, fizică, economie politică), soldat, inginer.

b) **k-**: tendință de refulare, devalorizare, negație; nevoia de a distruge; aptitudini pentru critica de artă, librar, fermier.

2. Nevoia de dilatație a Eului (factorul p).

a) **p+**: tendință de conştientizare a dorințelor, de a forma idealuri puternice de Eu; extraversiune, entuziasm, spirit de castă, dorință de dominație; supraaprecierea propriei valori, orgoliu, dorință de rivalitate; aptitudini pentru creația literară, psihologie, psihiatrie, invenții.

b) **p-**: tendință de proiecție, atribuirea propriilor dorințe altor persoane; subaprecierea propriei valori, susceptibilitate, tendință de a acuza; aptitudini pentru muzică, chimie, analize farmacologice.

IV. Tipul cicloid (vector C)

1. Nevoia de achiziție (factor d).

a) **d+**: tendință spre infidelitate, curiozitate, dorința de nou, generozitate, lipsa de măsură; trebuință de achiziție a obiectelor, nevoia de cucerire, căutări continue.

b) **d-**: tendință spre fidelitate; economie, avariție, conservatorism.

2. Nevoia de ataşare sau de desprindere (factor m).

a) **m+**: tendință de a se agăța de cineva, teama de a nu pierde obiectul afectiv; dorința de joc, de plăcere; nevoia de securitate; aptitudini pentru arta oratorică.

b) **m-**: tendință de a se desprinde de obiect; însingurare, izolare, abandon, lipsa de susținere şi de reținere; tendință spre băutură, fumat, vicii; predispoziție la colecționări (manii).

Vectorul Sch

Dintre cei opt factori, k şi p reprezintă, după Szondi, zona Eului în care se deosebesc:

Cuşeta p-: zona inconştientului ancestral şi familial. Aici se află pulsiuni de origine arhetipală (Jung) inconştiente care caută să pătrundă în conştient pentru a fi satisfăcute. În cazul unei puternice acțiuni a cenzurii (luată în sensul lui Freud) „aşteptând" clipa în care vor fi conştientizate, aceste pulsiuni se descarcă prin mecanismul de proiecție. De exemplu, impulsul de a ucide va fi aruncat asupra celor din jur, determinând suspiciune şi, în cazuri mai grave, paranoia. Prin exteriorizarea proiectivă a unui impuls, individul se „descarcă" de o tensiune prea puternică care ar putea deveni distructivă pentru psihicul său. Întâlnim deci, la Szondi, concepția lui Freud (continuată de Anna Freud) despre nevroze ca mijloc de adaptare, ca formațiuni reacționale (teorie transpusă însă aici şi în cazul psihozelor).

Situația p±: arată pătrunderea în conştient a uneia dintre cele două aspirații, în timp ce cealaltă se manifestă de o manieră proiectivă, fiind în continuare refulată. Cum însă cele două aspirații formează o unitate a contrariilor, ele nu se pot separa ca mod de manifestare, în urma refulării uneia dintre ele rezultă o situație generală ambivalentă, ceea ce poate duce la structurarea unui caracter obsesiv sau chiar la nevroză obsesivă.

Cuşeta p+: semnifică pătrunderea în conştient a ambelor aspirații. În consecință are loc o „lărgire" a Eului „în tendința de a cuprinde cosmosul". Această situație poate da naştere unei personalități creative sau schizofreniei paranoide cu delir de grandoare.

Cuşeta k+: reprezintă zona Eului conştient, a introiecției (la Szondi ca şi la Freud, Eul se formează prin introiectarea obiectelor dorite). Aici se află informațiile venite din afară şi acele nevoi pulsionale care au putut fi conştientizate. O reacție puternică k+ arată o puternică stare de narcisism.

Cuşeta k-: corespunde inconştientului individual, cuprinzând pulsiuni şi evenimente refulate în ontogeneză. O reacție puternică k- demonstrează existența unei puternice refulări şi a unei predispoziții spre nevroză, în cazul în care nu există capacitatea de sublimare.

Situația k±: semnifică o tendință obsesivă, de data aceasta conflictul având loc între tendința de conştientizare a pulsiunilor şi cea de refulare a lor. Dorințele refulate (k-) tind a se impune din nou trecând pe canalul proiecției (p-), apoi prin conştientizarea pulsiunii devin p+ şi prin introiecție k+. De aici, dacă vor fi refulate, vor ajunge din nou în zona k- şi ciclul reîncepe. După Szondi, faza primară a Eului este activitatea proiectivă (spre deosebire de Freud care

considera narcisismul ca primă fază în evoluția Eului). Fazele evoluției ontogenetice ale Eului (după Szondi) sunt:

1. Eul contemplativ, mitic, mistic (k0, p-). Este prima fază de dezvoltare a copilului (până la 1-2 ani). Are loc o proiecție totală în condițiile în care Eul încă nu s-a format. Copilul trăieşte într-o comuniune totală şi indisociabilă cu Obiectul (mama sau alte persoane). Este aşa-zisa stare de A-dualism (aici teoria lui Szondi se suprapune perfect cu cea a lui Piaget). Acest tip de Eu se întâlneşte, în afară de sugar, în stările de senilitate şi în psihopatologie.

2. Eul autistic (k+, p-). Caracterizează copilul între 3-4 ani, marcând separația între Eul care se formează şi lume (opoziția subiect-obiect). Separația dintre subiect şi obiect, deşi realizată, nu este totală: ele mai rămân parțial confundate. La adulți, această stare apare uneori în operațiile de transfer (din practica psihanalitică) sau în operațiile de identificare cu un obiect magic (Jung vorbea de „identificare arhaică"). Apare în psihopatologie mai ales în stările de melancolie (introiectarea obiectului pierdut).

3. Eul de dresaj (k-, p-). Caracterizează perioada între 5-12 ani. Este faza de adaptare la societate, la lumea obiectivă. Proiecția continuă (p-) însă sub presiunea realității exterioare (naturale sau sociale), subiectul refulează (k-). Acest tip de Eu, numit de Szondi şi al „omului de pe stradă", aparține în afara vârstei amintite, unor indivizi adulți adaptabili cu perfectă aderență la realitatea socială şi naturală. Sunt aşa-numitele persoane „sănătoase, fără probleme".

4. Eul care refulează (k-, p0). Ambele aspirații antagoniste au fost refulate (k-) şi scoase de pe calea devenirii lor conştiente (p0), singura cale de manifestare pentru ele rămânând posibilitatea de a trece din nou în zona proiecției. Este specific pubertății (13-16 ani) putând să apară şi în nevroza obsesivă sau în isteria de conversie (alături de reacții ± pentru obsesie şi hy- pentru isteria de conversie).

5. Eul inhibat (k-, p+). Caracteriezază vârsta 17-30 ani. Ambele tendințe antagoniste se află în zona conştiinței (p+). Eul prezintă tendință de lărgire, de expansiune. Pe plan comportamental apar dorințe şi acțiuni de afirmare a propriei valori, existând în acelaşi timp, puternice contradicții interioare. Se încearcă apărarea prin refulare (k+) însă tentativele rămân zadarnice (p continuă să fie +). Această stare corespunde cu perioada de alegere a unei meserii, a unei vocații şi perioadei de debut în carieiră. În psihopatologie apare frecvent în nevroza de conflict.

6. Eul matur poate cuprinde forme diferite:

- Eul profesional (k+, p0)
- Eul narcisist (k+, p+)
- Eul de abandon, feminin (k+, p±)

7. Perioada de cădere. După 50-60 de ani se cunoaşte o regresie în fazele infantile. Această dinamică a evoluției şi involuției Eului a fost alcătuită statistic; în realitate fiecare caz poate cunoaşte o altă ordine (în special cele de la 12 ani în sus). Uneori unele faze pot fi sărite sau, dimpotriva se poate rămâne la o treaptă oarecare o lungă perioadă de timp (fixație).

Caracteristicile pulsiunilor şi trebuințelor pulsionale

1. Vectorul pulsiunilor sexuale **S**

Factorul **h** Trebuință de tandrețe, de sentimente materne, de pasivitate, de feminitate. Se poate manifesta în dragoste față de indivizi determinați sau dragoste față de colectivitate.

Factorul **s** Trebuință de agresivitate, de sadism, de masculinitate, de sentiment paternal, de activitate, de virilitate. Trebuințe sado-masochiste.

2. Vectorul pulsiunilor de surpriză, paroxismale **P**

Factorul **e** Trebuință de acumulare a unor afecte brutale ca furie, coleră, răzbunare. Trebuința unei conduite etice; trebuință de justiție, de etică, de sentimente sociale.

Factorul **hy** Trebuință de a se da în spectacol, de a se pune în valoare, sau chiar simpla

dorință de a apărea în societate.
Exhibiționism sau, prin refulare, retragere, ascundere.

3. Vectorul pulsiunilor Eului **Sch**

Factorul **k** Trebuințe egosistolice, de coartație.
Forme clinice: hiper-susceptibilitate, natură senzitivă, repliere, izolare de lumea exterioară, egoism, narcisism. Eul realist ia în posesie obiectele.
Cazuri limită: disociația Eului, dualitate.
tendința de a construi idealuri obiectuale, de posesiune sau, dimpotrivă, devalorizare, negație, renunțare.

Factorul **p** Trebuințe egodiastolice, de dilatare a Eului.
Aici găsim: trebuințe de posesiune a unei idei, formare de idealuri, delir de persecuție, grandoare, megalomanie, micromanie.
Trebuințe ale Eului spiritual, trebuința de achiziție personală (egodiastolă).

4. Vectorul pulsiunilor de contact **C**

Factorul **d** Trebuința de achiziție a obiectelor, nevoia de cucerire.
Tristețe datorată obiectului pierdut, ideea morții, sentimentul de nefericire, parcimonie, prodigalitate, schimbări, căutări, conservări.

Factorul **m** Trebuința de a se agăța de obiectele achiziționate prin **d**, nevoia de securizare sau detaşare, separarea de elementele vechi, însingurare, predispoziția la manii (colecționări).

Setul I:

5 **h**	8 **hy**	3 **p**
4 **d**	2 **s**	7 **m**
6 **e**	1 **k**	

Setul II:

3 **e**	2 **m**	1 **hy**
6 **p**	5 **d**	4 **h**
8 **k**	7 **s**	

Setul III:

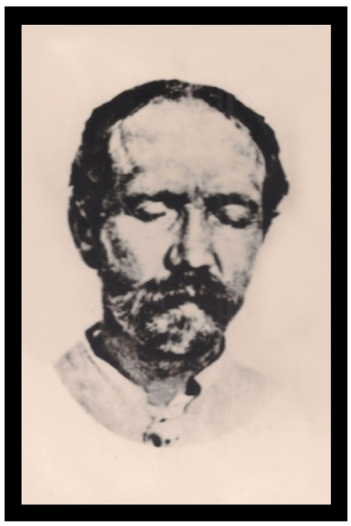
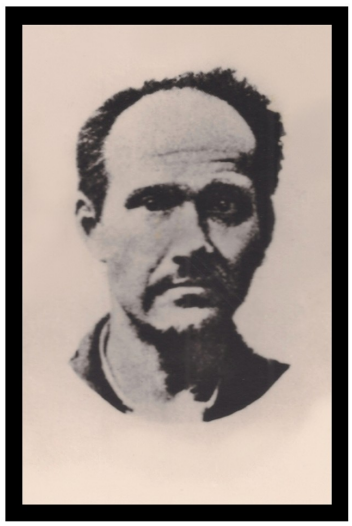
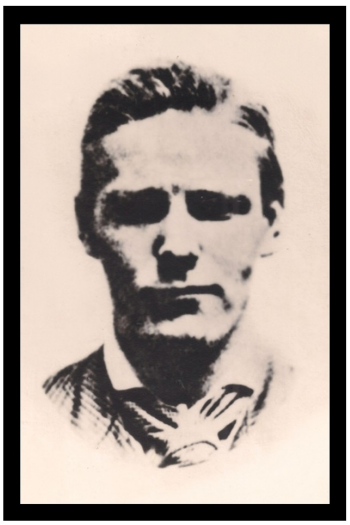
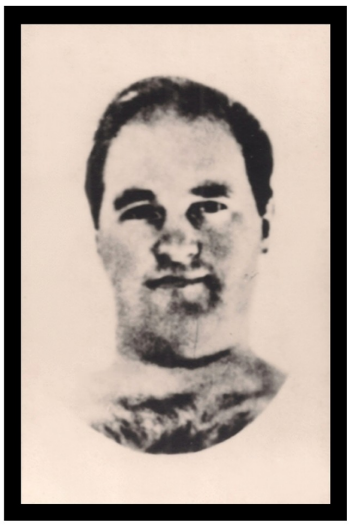
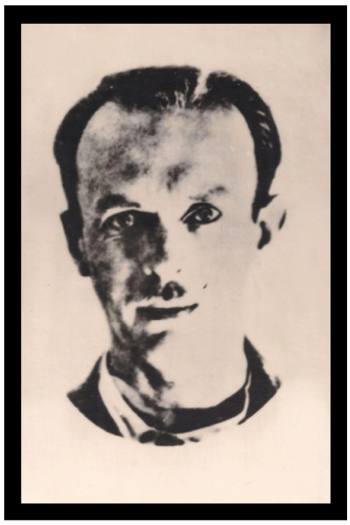
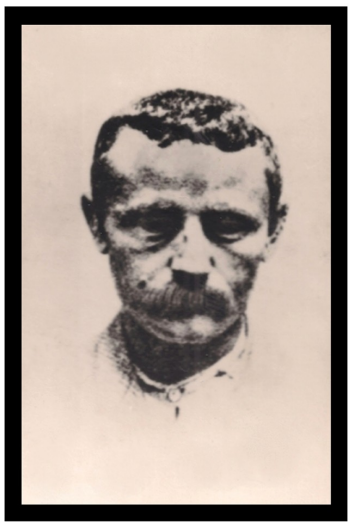
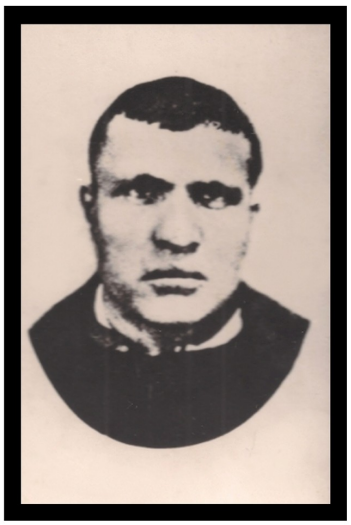
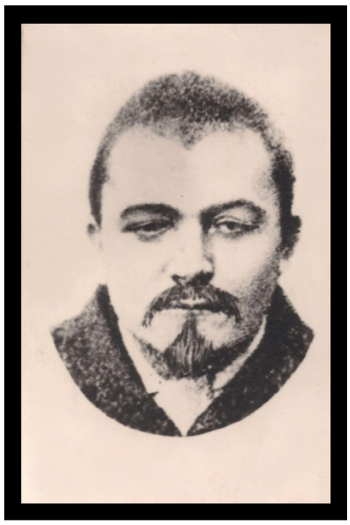
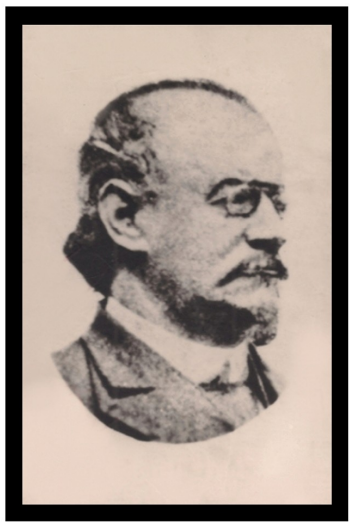
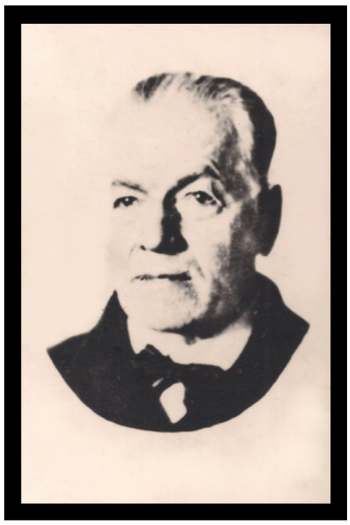
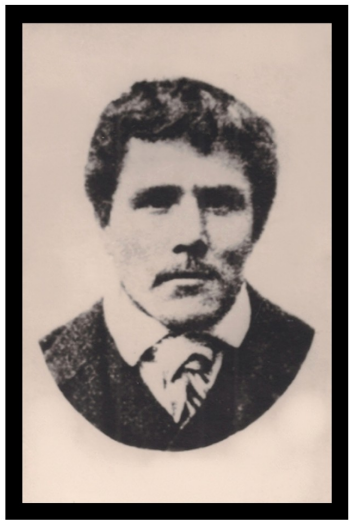
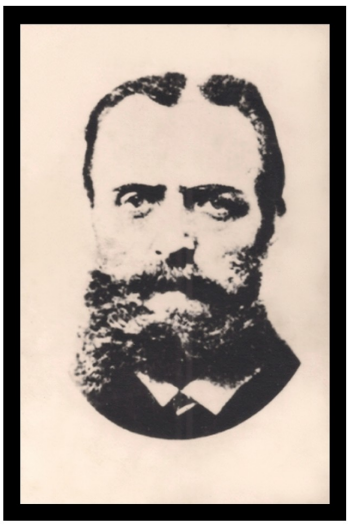
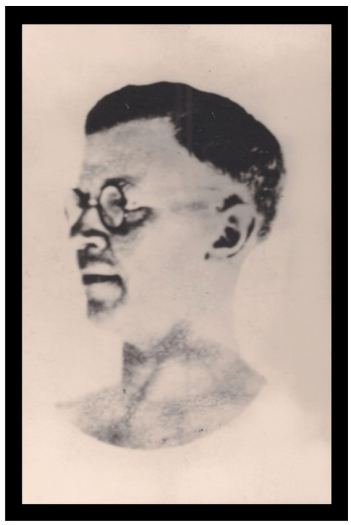
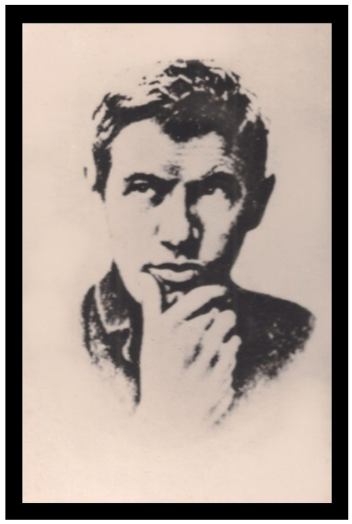
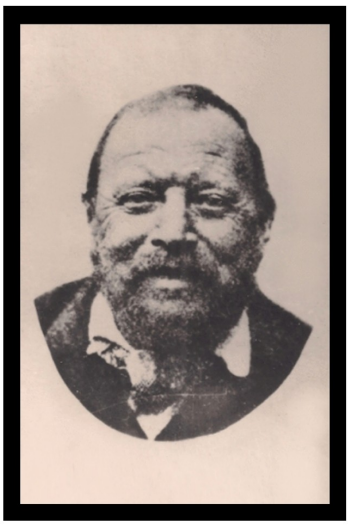
3 **s**	2 **e**	1 **h**
6 **d**	5 **k**	4 **m**
8 **p**	7 **hy**	

Setul IV:

3 **d**	2 **hy**	1 **p**
6 **s**	5 **m**	4 **k**
7 **e**	8 **h**	

Setul V:

3 **hy**	2 **d**	1 **e**
6 **k**	5 **s**	4 **p**
8 **m**	7 **h**	

Setul VI:

3 **k**	2 **h**	1 **m**
6 **p**	5 **hy**	4 **s**
8 **e**	7 **d**